Anno XXVIII N. 1.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1913

INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

Anno XXVIII — 1913

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1913

INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

Rivista

Manicomio di Firenze

Ricerche sul potere ossidativo nei Dementi precoci

PEL

DOTTOR O. PINI
Medico Ordinario

Dopo le ricerche dei Dott: D' ORMEA e MAGGIOTTO sul ricambio materiale nei Dementi precoci, ripetute poi da PIGHINI, la ricerca scientifica riguardante tale ordine di studi non attirò in maniera eccessiva i cultori delle discipline psichiatriche, e tranne alcune ricerche sporadiche e unilaterali, gli studi biochimici in generale ebbero un periodo di stasi. L' attività di molti cultori della psichiatria si orientò più specialmente verso il campo, ben più promettente, degli studi e delle ricerche sulla immunità e sostanze immunizzanti, o si rivolse al controllo di nuovi preparati terapeutici sopratutto nel dominio delle forme parasifilitiche, ovvero si dedicò alla discriminazione di sintomi clinici onde stabilire limiti più esatti di certe malattie mentali, o infine si rivolse a speciali ricerche di istologia in certe forme mentali con arresto di sviluppo, o in rapporto a veleni esogeni, o in forme squisitamente nevropatiche ed anche a ricerche di natura prettamente psicologica.

Ritornando dunque agli studi, del resto assai esaurienti, compiuti dal D' ORMEA e MAGGIOTTO sul ricambio materiale nei dementi precoci e poscia dal PIGHINI, parvemi non del tutto superfluo tentare alcune ricerche sui poteri ossidativi organici in detti ammalati per mezzo del fenolo, o benzolo, come già in altre forme morbose mentali era stato fatto da altri sperimentatori.

D' altra parte la letteratura scientifica riguardante le ricerche dei poteri ossidativi organici non può dirsi eccessivamente esuberante.

L'intensità di tali processi nei periodi di depressione malinconica furono studiati da JUSCHTSCHENKO e il suo studio trovasi pubblicato nell'« *Archiv für Psych. und Nervenkrankeiten* » Bd. 45, S. 53. 1909. Stando ai resultati da lui ottenuti nei periodi di depressione malinconica si verificherebbe una riduzione dei processi ossidativi organici.

FERRARINI alla sua volta studiò il modo di comportarsi delle ossidazioni organiche nell'epilessia, e lo studio accurato ed esauriente del FERRARINI porterebbe alla conclusione che una diminuzione dei detti poteri si verificherebbe nei periodi preparossistici dell'epilessia. Posteriori ricerche intorno all'intensità dei processi ossidativi mediante la somministrazione del benzolo o fenolo, per quanto sia a mia conoscenza, non furono eseguite.

Nei riguardi alla tecnica di tali ricerche, io analogamente a quanto fecero i precedenti A. A. mi sono valso del fenolo, dato il maggior numero di conoscenze esatte che noi abbiamo sulla serie di trasformazioni subite da detta sostanza attraverso l'organismo e la forma sotto cui si elimina per il filtro renale. Conforme a quanto raccomanda il FERRARINI, onde eliminare il più possibile le cause delle lievi inesattezze comuni a quasi tutte, se non a tutte, le ricerche sul ricambio materiale, ho cercato di mettermi nelle migliori condizioni per ridurre al minimo possibile le inevitabili cause di errore. Perciò, come consigliano BAUMANN e BRIEGER, e come operò FERRARINI, somministrai purghe ed enteroclismi preventivi agli ammalati scelti per le esperienze, tenendoli a vittitazione costante, sospendendo qualunque sorta di sostanze medicamentose e dosando poscia per due settimane consecutive la quantità di fenolo emessa con le urine, giornalmente, dai detti ammalati. Dopo alquanto tempo, durante il quale il ricoverato ritornava al regime di vita consueto, ripetevo le esperienze adottando gli identici sistemi per altri 15 giorni consecutivi, somministrando questa volta giornalmente cgr. 1 di fenolo per ogni kgr. di peso e dosando nella identica guisa, di 24 ore in 24 ore, la quantità di C^6 H^5 OH contenuto nelle orine. Dalla differenza che correva fra la quantità di fenolo contenuto nelle orine durante il 1° periodo e quella emessa durante il 2° periodo, in cui era stato somministrato il fenolo, deducevo la quantità del fenolo ossidato dall'organismo.

Per la ricerca del fenolo mi sono valso della nota reazione di LANDOLT, distillando cioè 200 cc. di orina, a cui venivano aggiunti

40 cc. di acido cloridrico e seguitando a distillare finché il liquido così ottenuto continuava ad intorbidarsi con acqua di Bromo. Indi filtravo il distillato e aggiungevo acqua di Bromo fino a colorazione gialla permanente. Dopo 24 ore di riposo all'oscuro il precipitato veniva raccolto su filtro, lavato, seccato e pesato. Sapendo che 331 p. di tribromofenolo corrispondono a 94 p. di fenolo con semplice proporzione determinavo la intera quantità di fenolo contenuta nell' orina.

Come ho avvertito più sopra durante il I° e II° periodo delle ricerche gli ammalati erano tenuti a vitto costante e senza somministrazione di medicinale alcuno. Gli ammalati prescelti per le dette ricerche furono in numero di 6. Presentavano tutti i sintomi caratteristici della demenza precoce: credo in ogni modo opportuno riassumere brevemente la storia di ciascuno di essi. Contemporaneamente furono eseguite ricerche di controllo sulle orine di 3 individui sani, serbando le identiche condizioni.

Caso I. L... O... di Pistoia, di anni 47. Fu ricoverato una prima volta nel Manicomio di Firenze dal 28 Luglio al 22 Settembre 1892. Di carattere buono, accudiva assiduamente al lavoro dei campi. La malattia esordì con allucinazioni visive ed uditive: vedeva e sentiva nel Paradiso una sua sorella morta da poco tempo. A momenti pregava tutti i Santi, a momenti ne lacerava le immagini. Dimesso in custodia domestica fu di nuovo accolto nel Manicomio il 14 Febbraio 1893 e non ne è più uscito. Durante questo lungo periodo si è mantenuto in generale silenzioso, salvo periodi intervallari di logorrea, durante i quali pronuncia una filastrocca di parole senza senso nè alcun nesso logico, ma associate per semplice fenomeno di assonanza. Del tutto apatico, inattivo, spesso disordinato e stracciatore. Completamente inaffettivo. Condizioni fisiche buone. Peso Kgr. 70.

Caso II. M... V... di Casal Guidi (Firenze), di anni 40. E' stato ricoverato varie volte nel Manicomio di Firenze. L'ultima volta fu ammesso il giorno 10 Ottobre 1910. Si dimostra del tutto disorientato nel tempo e nello spazio, non riconosce le persone, è profondamente confuso. Interrogato non risponde mai in maniera coerente. Spesso parla da solo, senza alcun nesso logico nei suoi discorsi, composto di un vero mosaico di idee, sconnesse e frammentarie, senza alcun legame logico e con frequenti ripe-

tizioni di parole. Presenta atteggiamenti stereotipici e sintomi di catatonia. E' un antico demente precoce con profondo decadimento dell'intelligenza : apatico, inaffettivo. Dal lato fisico è in buone condizioni. Presenta esagerazione del riflesso rotuleo. Peso Kgr. 70.

CASO III. S... R... di anni 32, di Rocca S. Casciano (Firenze). Dall' anamnesi risulta che un suo zio morì nel Manicomio ed il nonno paterno fu pellagroso. Fin dall' età di 16 anni esercitò il mestiere di contadino. Da quell'epoca fu quasi sempre ammalato di stomaco ed ebbe ulcera gastrica: fin d'allora si manifestarono i primi disturbi mentali e soprattutto l'assurdità del contegno si fece sempre più spiccata. Commetteva stranezze d'ogni sorta, tentò di buttarsi dalla finestra, uscì di pieno giorno a passeggiare nudo per le vie del paese, etc. In seguito a questi fatti il 10 Marzo 1906 fu ricoverato nel Manicomio di Firenze. Nei primi giorni trascorsi al Manicomio fu molto agitato ed i suoi discorsi erano oltremodo incoerenti. Aveva allucinazioni visive ed uditive. Attualmente presenta qualche idea delirante di persecuzione, senza accenno a sistematizzazione, più che altro a contenuto ipocondriaco: parestesie, disgusto del lavoro, cattivo umore. L'intelligenza, la memoria sono discretamente conservate; però la critica è deficiente ed ugualmente deficienti sono i sentimenti affettivi. Abbastanza bene orientato nello spazio, meno assai nel tempo, riconosce bene le persone. E' del tutto adattato all'ambiente. Peso Kgr. 63.

CASO IV. C... R... di anni 33, celibe, di Pistoia. Niente di speciale risulta nel gentilizio. La malattia attuale esordì 12 anni fa, in seguito, sembra, ad una caduta da cavallo, avvenuta mentre il C... prestava il servizio militare. Le prime manifestazioni furono di svogliatezza, incapacità al lavoro, divenne spendereccio, si ribellava al padre e commetteva assurdità e stranezze d'ogni genere. Fuggì in Francia, donde ritornò senza un soldo e in condizioni miserrime. Inviato al Manicomio il 22 Aprile 1907 continuò a mantenere un contegno assurdo, assumeva atteggiamenti catatonici, gesticolava e mormorava parole incomprensibili. Attualmente presenta allucinazioni sensoriali e cenestetiche, qualche volta fonemi, e per preservarsi dai loro influssi si ottura gli orecchi con batuffoli di cotone. Laceratore e disordinato; parla sovente da solo; le sue idee deliranti nulla hanno di sistematico. E' adattato all'ambiente, abulico, inaffettivo, non bene orientato; anche la memoria offre numerose lacune. All'esame somatico non presenta nulla di notevole, eccetto una spiccata vivacità del riflesso patellare. Nutrizione generale soddisfacente. Peso Kgr. 69,300.

Caso V. T... I... di anni 50, coniugato, nato a Pisa. Una sorella del padre fu malata di mente e un fratello del paziente morì pazzo. È al Manicomio dal 16 Maggio 1889. Da circa 8 o 10 mesi prima dell'ammissione il T... comiciò a presentare disturbi mentali. Era irrequieto, parlava per ore e ore con grave incoerenza d' idee, sciupava il danaro, manifestava idee deliranti di autoaccusa, di persecuzione e di grandezza. Diceva di aver scoperte una macchina a vapore, ed esiste a questo proposito nell'incartamento una sua lunga lettera inviata al Direttore Generale delle Ferrovie Meridionali, allo scopo di ottenere un grosso premio spettantegli per questa sua scoperta. Nei primi tempi del suo lungo soggiorno nel Manicomio. in mezzo a sintomi di evidente natura demenziale si notava una, relativamente, buona conservazione di alcune facoltà: aveva delle osservazioni argute e si compiaceva di rispondere con velleità satiriche a qualche nostra domanda. Contemporaneamente però si avevano sintomi non dubbi di negativismo, umore oltremodo variabile, manierismi del contegno, modo di parlare esageratamente cerimonioso, allucinazioni uditive e scatti impulsivi in conseguenza di queste. Attualmente lo stato demenziale è molto più avanzato, l'infermo è completamente apatico e passivo, adattato all'ambiente, qualche volta sudicio: risponde appena alle domande rivoltegli, serba atteggiamenti catatonici con pose statuarie, va soggetto a frequenti edemi degli arti inferiori. Le condizioni fisiche generali sono discrete. Peso Kgr 65.

Caso VI. C... V... di Santa Sofia (Firenze), di anni 40, celibe. Nessun dato anamnestico degno di nota. Il C... in gioventù era un vivace propagandista delle idee socialiste rivoluzionarie. Prese parte a varie dimostrazioni politiche e si trovò coinvolto nei torbidi di Firenze nel 1898. Arrestato e processato dal Tribunale militare, fu condannato a cinque anni di carcere, ma fu graziato dopo aver scontato 5 mesi. In seguito occupò varii impieghi presso ditte industriali e commerciali; nel 1905 ad Este si ammalò di tifo. Durante la convalescenza di questa malattia cominciò a manifestare i primi segni di pazzia, caratterizzata da idee deliranti a contenuto religioso. Ammesso al Manicomio il 14 Novembre 1905, presentava idee deliranti di grandezza e mistiche, era spesso agitato e sitofobo, qualche volta addirittura violento. Improvvisamente mutò contegno, divenne loquace, benevolo, si alimentò regolarmente, diceva di essere in comunicazione con le anime dell'altro mondo per mezzo del sistema Marconi; manifestava idee puerili di riforma sociale. Ad intervalli, durante i primi mesi di degenza, si faceva di nuovo loquace, violento, insolentiva, minaccia-

va, bestemmiava. Domandato come conciliasse il bestemmiare col suo ascetismo esagerato, risponde che non è lui che bestemmia, ma uno spirito che parlà per bocca sua, spirito che talora sarebbe quello di Adamo, di cui sovente ode la voce e vede le sembianze. Attualmente è di una mitezza straordinaria, ha atteggiamenti statuarî, spesso si vede muover le labbra mentre assume pose mistiche ed ascetiche: evidentemente è in atto di preghiera. Interrogato non sempre risponde in modo coerente: è disorientato nel tempo e nello spazio, presenta spesso il fenomeno della ecolalia ed allucinazioni uditive a contenuto mistico. Assorto nel suo misticismo trascura la sua persona, sta passivamente alla pioggia ed al sole, non manifesta nessuna volontà d'iniziativa, è completamente inaffettivo, intellettualmente va progressivamente decadendo; anche la memoria offre notevoli lacune. Le condizioni generali fisiche sono discrete. Peso del corpo Kgr. 71,100.

Individuo sano (Prima serie delle esperienze) P... O... di anni 40

	Orina nelle 24 ore	Peso specifico	Reazione	Peso	Vittitazione	Fenolo nelle 24 ore	Media
5 Marzo	1740	1014	acida	Kg. 74	latte gr. 250	0,0260	
6 »	1530	1015	»		burro » 15	0,0200	
7 »	1400	1020	»		carne » 200	0,0196	
8 »	1800	1020	»		erbaggi » 150	0,0223	
9 »	2000	1016	»		pane » 300	0,0308	
10 »	1350	1020	»		zucch. » 10	0,0315	
11 »	1480	1020	»		olio e sale » 10	0,0427	
12 »	1600	1021	»	» 74,100	vino » 500	0,0336	
13 »	1720	1012	»		caffè » 10	0,0280	
14 »	1840	1023	»		frutta » 100	0,0279	
15 »	1500	1020	»			0,0274	
16 »	1610	1021	»			0,0169	0,0267

Lo stesso individuo durante l'ingestione del fenolo

GIORNI DI ESPERIMENTO	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO	VITTITAZIONE	FENOLO SOMMINISTRATO NELLE 24 ORE	FENOLO ELIMINATO NELLE 24 ORE	IDEM TOLTA LA MEDIA DEL FENOLO ELIMINATO NEL PERIODO PRECED.	QUANTITÀ DI FENOLO OSSIDATO
6 Aprile	1620	1018	acida	kg. 74,500	come	gr. 0,74	gr. 0,4015	gr. 0,3748	gr. 0,3652
7 »	1740	1015	»	»	sopra	»	» 0,4020	» 0,3753	» 0,3647
8 »	1500	1014	»	»	»	»	» 0,4824	» 0,4557	» 0,2843
9 »	1630	1016	»	»	»	»	» 0,4516	» 0,4249	» 0,3151
0 »	1525	1015	»	»	»	»	» 0,4018	» 0,3751	» 0,3649
1 »	1815	1012	»	»	»	»	» 0,4804	» 0,4537	» 0,2863
2 »	1790	1013	»	»	»	»	» 0,2910	» 0,2633	» 0,4967
3 »	1800	1010	»	»	»	»	» 0,2751	» 0,2484	» 0,4916
4 »	1650	1016	»	»	»	»	» 0,3518	» 0,3251	» 0,4149
5 »	1395	1018	»	»	»	»	» 0,3724	» 0,3457	» 0,3943
6 »	1430	1017	»	»	»	»	» 0,4028	» 0,3761	» 0,3639
7 »	1580	1016	»	»	»	»	» 0,4332	» 0,4065	» 0,3335
8 »	1610	1016	»	»	»	»	» 0,2980	» 0,2713	» 0,4687
9 »	1715	1014	»	»	»	»	» 0,4975	» 0,4708	» 0,2692
0 »	1900	1011	»	»	»	»	» 0,3194	» 0,2927	» 0,4473
Media	—	—	—	—	—	—	—	—	» 0,3773

G... B... anni 20 (Individuo sano) I. Esperienza

GIORNI DI ESPERI-MENTO	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	VITTITAZIONE	FENOLO NELLE 24 ORE	MEDIA
11 Marzo	1230	1018	acida	latte gr. 200	gr. 0,0211	»
12 »	1200	1020	»	burro » 10	» 0,0191	»
13 »	1310	1019	»	carne » 150	» 0,0157	»
14 »	1280	1020	»	erbaggi » 100	» 0,0178	»
15 »	1100	1021	»	pane » 250	» 0,0240	»
16 »	1080	1020	»	zucchero » 10	» 0,0180	»
17 »	1090	1020	»	olio » 10	» 0,0255	»
18 »	1370	1018	»	sale » 15	» 0,0108	»
19 »	1425	1016	»	vino » 250	» 0,0170	»
20 »	1160	1018	»	frutta » 50	» 0,0219	»
21 »	1100	1019	»		» 0,0242	»
22 »	1090	1017	»		» 0,0205	»
23 »	1000	1021	»		» 0,0263	»
24 »	1250	1019	»		» 0,0220	gr. 0,0209

Lo stesso individuo durante l'ingestione del fenolo

GIORNI DI ESPERIMENTO	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DEL CORPO	VITTITAZIONE	FENOLO SOMMINISTRATO NELLE 24 ORE	FENOLO ELIMINATO NELLE 24 ORE	ILEM TOLTA LA MEDIA DEL FENOLO ELIMINATO NEL PERIODO PRECED.	QUANTITÀ DI FENOLO OSSIDATO
2 Maggio	1010	1022	acida	kg. 59	come	gr. 0,59	gr. 0,3004	gr. 0,2795	gr. 0,3105
3 »	1090	1023	»	»	sopra	»	» 0,3439	» 0,3223	» 0,2677
4 »	1043	1021	»	»	»	»	» 0,3112	» 0,2903	» 0,2997
5 »	1060	1021	»	»	»	»	» 0,3080	» 0,2871	» 0,3029
6 »	1100	1020	»	»	»	»	» 0,3000	» 0,2791	» 0,3109
7 »	1098	1018	»	»	»	»	» 0,3212	» 0,3103	» 0,2797
8 »	1005	1023	»	»	»	»	» 0,3127	» 0,2918	» 0,2982
9 »	1074	1019	»	»	»	»	» 0,3102	» 0,2893	» 0,3007
10 »	1180	1017	»	»	»	»	» 0,3438	» 0,3222	» 0,2676
11 »	1210	1018	»	»	»	»	» 0,2994	» 0,2785	» 0,3115
12 »	1028	1020	»	»	»	»	» 0,3430	» 0,3221	» 0,2679
13 »	1010	1021	»	»	»	»	» 0,3200	» 0,2991	» 0,2909
14 »	1120	1020	»	»	»	»	» 0,2998	» 0,2789	» 0,3119
15 »	1203	1019	»	»	»	»	» 0,3014	» 0,2805	» 0,3095
16 »	1038	1020	«	»	»	»	» 0,3206	» 0,2997	» 0,2903
Media	—	—	—	—	—	—	—	—	» 0,2946

L... C... anni 42 (Individuo sano — I. Esperienza)

	ORINA NELLE 24 ORE (Media)	PESO SPECIFICO (Media)	REAZIONE	PESO DELL'INDIVIDUO	VITTITAZIONE	FENOLO EMESSO NELLE 24 ORE (Media)
Mese di Aprile	1230	1019	acida	kg. 65	Come nel caso precedente	gr. 0,215

Lo stesso individuo durante l'ingestione del fenolo

	ORINA NELLE 24 ORE (media)	PESO SPECIFICO (media)	REAZIONE	PESO DELL'INDIVIDUO	VITTITAZIONE	FENOLO SOMMINISTRATO NELLE 24 ORE	FENOLO ELIMINATO NELLE 24 ORE (media)	IDEM TOLTA LA MEDIA DEL FENOLO ELIMINATO NEL PERIODO PRECED. (media)	QUANTITÀ DI FENOLO OSSIDATO (media)
Mese di Maggio	1150	1024	acida	kg. 65	**come sopra**	gr. 0,65	gr. 0,4028	gr. 0,3813	gr. 0,2687

S... R... di anni 32 di Rocca San Casciano

GIORNI DI ESPERIMENTO	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DEL CORPO	VITTITAZIONE	FENOLO EMESSO NELLE 24 ORE	MEDIA
20 Marzo	1050	1020	acida	kg. 63	Minestra in	gr. 0,0352	
21 »	1110	1019	»	»	brodo gr. 600	» 0,0350	
22 »	1030	1020	»	»	Zuppa » 250	» 0,0304	
23 »	1200	1018	»	»	Carne	» 0,0298	
24 »	1120	1019	»	»	a lesso » 90	» 0,0252	
25 »	1115	1018	»	»	Legumi » 150	» 0,0380	
26 »	900	1022	»	»	Frutta » 100	» 0,0364	
27 »	970	1022	»	»	Pane » 500	» 0,0300	
28 »	1150	1020	»	»	Olio e sale » 10	» 0,0292	
29 »	1180	1020	»	»	Latte » 200	» 0,0238	
30 »	1135	1018	»	»	Idem	» 0,0269	
31 »	1310	1017	»	»	»	» 0,0312	
1 Aprile	1278	1018	»	»	»	» 0,0340	
2 »	1153	1019	»	»	»	» 0,0288	
3 »	1080	1021	»	»	»	» 0,0320	0,0310

Lo stesso individuo durante l' ingestione del fenolo.

Giorni di esperimento	Orina nelle 24 ore	Peso specifico	Reazione	Peso del corpo	Vittitazione	Fenolo somministrato	Fenolo totale eliminato	Idem tolta la media del fenolo eliminato nel periodo preced.	Quantità di fenolo ossidato
2 Giugno	1260	1020	acida	kg. 65	come	gr. 0,65	gr. 0,4028	gr. 0,3718	gr. 0,2782
3 »	1420	1018	»	»	sopra	»	« 0,4240	» 0,3930	» 0,2570
4 »	1180	1020	»	»	»	»	» 0,3900	» 0,3590	» 0,2910
5 »	1280	1020	»	»	»	»	» 0,4011	» 0,3701	» 0,2799
6 »	1100	1022	»	»	»	»	» 0,4117	» 0,3807	» 0,2693
7 »	1089	1022	»	»	»	»	» 0,4140	» 0,3830	» 0,2670
8 »	1095	1021	»	»	»	»	» 0,3890	» 0,3580	» 0,2920
9 »	1312	1019	»	»	»	»	» 0,3420	» 0,3110	» 0,3390
10 »	1325	1019	»	»	»	»	» 0,3564	» 0,3254	» 0,3256
11 »	1210	1020	»	»	»	»	» 0,4004	» 0,3694	» 0,2806
12 »	1190	1020	»	»	»	»	» 0,3780	» 0,3470	» 0,3030
13 »	1110	1019	»	»	»	»	» 0,3978	» 0,3668	» 0,2832
14 »	1200	1018	»	»	»	»	» 0,4207	» 0,3897	» 0,2603
15 »	1180	1021	»	»	»	»	» 0,4324	» 0,4014	» 0,2486
Media	—	—	—	—	—	—	—	—	» 0,2839

L... O... di Pistoia, di anni 47 (Prima Esperienza).

	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DELL'INDIVIDUO	VITTITAZIONE	FENOLO EMESSO NELLE 24 ORE	MEDIA
1 Maggio	1320	1022	acida	kg. 70	come	gr. 0,0238	
2 »	1360	1022	»	»	sopra	» 0,0390	
3 »	1200	1021	»	»	»	» 0,0352	
4 »	1190	1020	»	»	»	» 0,0380	
5 »	1030	1019	»	»	»	» 0,0290	
6 »	1080	1020	»	»	»	» 0,0248	
7 »	1120	1021	»	»	»	» 0,0300	
8 »	1140	1021	»	»	»	» 0,0315	
9 »	1117	1022	»	»	»	» 0,0295	
10 »	1011	1023	»	»	»	» 0,0390	
11 »	1024	1023	»	»	»	» 0,0316	
12 »	1380	1020	»	»	»	» 0,0310	
13 »	1400	1018	»	»	»	» 0,0288	
14 »	1106	1020	»	»	»	» 0,0298	
15 »	980	1024	»	»	»	» 0,0314	gr. 0,0294

Lo stesso individuo durante l' ingestione del fenolo

	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DEL CORPO	VITTITAZIONE	FENOLO SOMMINISTRATO	FENOLO TOTALE ELIMINATO	IDEM TOLTA LA MEDIA DEL FENOLO ELIMINATO NEL PERIODO PRECED.	QUANTITÀ DI FENOLO OSSIDATO
2 Luglio	1215	1020	acida	kg. 68	come	gr. 0,68	gr. 0,4040	gr. 0,3746	gr. 0,3054
3 »	1300	1019	»	»	sopra	»	» 0,4180	» 0,3886	» 0,2914
4 »	1100	1022	»	»	»	»	» 0,3220	» 0,2926	» 0,3874
5 »	1150	1022	»	»	»	»	» 0,2985	» 0,2691	» 0,4109
6 »	1380	1021	»	»	».	»	» 0,4120	» 0,3826	» 0,2974
7 »	1090	1023	»	»	»	»	» 0,3800	» 0,3506	» 0,3294
8 »	1227	1020	»	»	»	»	» 0,3975	» 0,3681	» 0,3119
9 »	1410	1022	»	»	»	»	» 0,4100	» 0,3806	» 0,2994
10 »	1230	1022	»	»	»	»	» 0,3780	» 0,3486	» 0,3314
11 »	1185	1021	»	»	»	»	» 0,3028	» 0,2734	» 0,4066
12 »	1098	1023	»	»	»	»	» 0,3415	» 0,3121	» 0,3679
13 »	1355	1019	»	»	»	»	» 0,3547	» 0,3253	» 0,5547
14 »	1300	1019	»	»	»	»	» 0,4008	» 0,3714	» 0,3086
15 »	1280	1020	»	»	»	»	» 0,3098	» 0,2804	» 0,3996
16 »	1260	1020	»	»	»	»	» 0,4060	» 0,3766	» 0,3034
Media	—	—	—	—	—	—	—	—	gr. 0,3403

M... V... di anni 40, di Casal Guidi (Firenze).

GIORNI DI PROVA	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DEL CORPO	VITTITAZIONE	FENOLO NELLE 24 ORE	
18 Giugno	1019	1020	acida	kg. 70	come	gr. 0,0231	
19 »	1015	1020	»	»	sopra	» 0,0218	
20 »	1000	1021	»	»	»	» 0,0350	
21 »	1000	1021	»	»	»	» 0,0232	
22 »	995	1022	»	»	»	» 0,0250	
23 »	895	1022	»	»	»	» 0,0205	
24 »	1010	1021	»	»	»	» 0,0298	
25 »	1008	1021	»	»	»	» 0,0315	
26 »	1150	1019	»	»	»	» 0,0290	
27 »	1010	1020	»	»	»	» 0,0404	
28 »	980	1022	»	»	»	» 0,0360	
29 »	1015	1020	»	»	»	» 0,0287	
30 »	1200	1018	»	»	»	» 0,0321	
1 Luglio	1045	1020	»	»	»	» 0,0305	
2 »	989	1023	»	»	»	» 0,0277	gr. 0,0289

Lo stesso ammalato durante l'ingestione del fenolo.

GIORNI DI PROVA	ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DEL CORPO	VITTITAZIONE	FENOLO SOMMINISTRATO	QUANTITÀ DI FENOLO ELIMINATA NELLE 24 ORE	QUANTITÀ DI FENOLO ELIMINATO NELLE 24 ORE TOLTA LA MEDIA DEL FENOLO ELIMINATO NEL PERIODO PRECEDENTE	QUANTITÀ DI FENOLO OSSIDATO
14 Agosto	956	1021	acida	kg. 70	come	gr. 0,70	gr. 0,3811	gr. 0,3522	gr. 0,4522
15 »	1010	1020	»	»	sopra	»	» 0,4028	» 0,3739	» 0,3261
16 »	1015	1021	»	»	»	»	» 0,3990	» 0,3701	» 0,3293
17 »	950	1020	»	»	»	»	» 0,4045	» 0,3756	» 0,3244
18 »	1200	1019	»	»	»	»	» 0,4915	» 0,4626	» 0,2374
19 »	1120	1019	»	»	»	»	» 0,3780	» 0,3491	» 0,3509
20 »	980	1021	»	»	»	»	» 0,4050	» 0,3761	» 0,3239
21 »	980	1020	»	»	»	»	» 0,5005	» 0,4716	» 0,4716
22 »	1024	1020	»	»	»	»	» 0,4836	» 0,4547	» 0,2453
23 »	1005	1021	»	»	»	»	» 0,3825	» 0,3536	» 0,3464
24 »	1003	1021	»	»	»	»	» 0,3962	» 0,3673	» 0,3327
25 »	990	1020	»	»	»	»	» 0,3745	» 0,3456	» 0,3544
26 »	1150	1018	»	»	»	»	» 0,4472	» 0,4183	» 0,2818
27 »	1210	1020	»	»	»	»	» 0,3910	» 0,3641	» 0,3359
28 »	1095	1019	»	»	»	»	» 0,4033	» 0,3744	» 0,3259
Media									gr. 0,3351

Riassunto di altre esperienze — (I. periodo)

	MEDIA DELL'ORINA EMESSA NELLE 24 ORE	IDEM DEL PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DELL'INDIVIDUO	VITTITAZIONE	MEDIA DEL FENOLO EMESSO NELLE 24 ORE
I.	1200	1024	acida	kg. 69	Come sopra	gr. 0,305
II.	1098	1022	Idem	» 65	»	» 0,290
III.	1156	1023	Idem	» 71	»	» 0,299

Durante l'ingestione del fenolo — (II. periodo) —

	MEDIA DELL'ORINA NELLE 24 ORE	PESO SPECIFICO	REAZIONE	PESO DELL'INDIVIDUO	VITTITAZIONE	FENOLO SOMMINISTRATO	QUANTITÀ DI FENOLO ELIMINATO NELLE 24 ORE	IDEM TOLTA LA MEDIA DEL FENOLO ELIMINATO NEL PERIODO PRECED.	QUANTITÀ DI FENOLO OSSIDATO
I.	1190	1022	acida	kg. 69	come sopra	gr. 0,69	gr. 0,4065	gr. 0 3760	gr. 0,3[illegible]40
II.	1205	1024	»	» 65	»	» 0,65	» 0,4004	» 0,3714	» 0,2786
III.	1130	1023	»	» 71	»	» 0,71	» 0,5012	» 0,4713	» 0,2387

Dall'osservazione delle tavole, esponenti i resultati delle mie ricerche, si deduce innanzi tutto che i poteri ossidativi organici sono soggetti a variazioni notevoli da individuo a individuo, soprattutto negli individui sani. Certamente questi ultimi, dediti alle più svariate occupazioni, variabili giornalmente per durata ed intensità, sono in condizioni assai più sfavorevoli onde ottenere nei resultati differenze meno spiccate di quello che non lo siano gli ammalati ricoverati, costretti a vivere ogni giorno la stessa vita nelle sale di soggiorno o nei passeggi, in generale nell'inerzia completa, o quasi, mentre nell'individuo libero e sano un maggiore o minore aumento di attività può, è facile comprenderlo, far singolarmente variare i resultati: i quali, se nei sani presentano, come ho detto, notevoli oscillazioni, esse sono in generale assai minori negli ammalati come risulta dalle tavole annesse.

Fatta questa costatazione preliminare, ne dobbiamo subito fare una seconda, e cioè che le oscillazioni giornaliere di ossidazione, negli individui ammalati sono generalmente di qualche cosa inferiori a quelle dei normali. Io non voglio essere troppo corrivo nel dare a questi risultati delle mie osservazioni un valore eccessivo, ben conoscendo quante obiezioni possono farsi ad essi. Una fra queste, e la maggiore, è appunto quella riflettente l'efficacia che una vita più laboriosa, quale è quella in generale condotta dai sani, in rapporto alla vita tranquilla e inerte degli ammalati di mente, può avere sulla differente ossidazione dei tessuti. Ciò non toglie però che non si possa anche ragionevolmente avventurare un'altra ipotesi, e cioè che una tale diminuzione nelle ossidazioni organiche negli ammalati debba essere eventualmente messa in dipendenza con la malattia stessa. E' noto come l'organismo di molti dementi precoci trovisi eccessivamente fornito di tessuto adiposo, e sappiamo anche quale infausto prognostico costituisca una soverchia adiposi in tali ammalati. Dalle ricerche poi del D'ORMEA risulterebbe che nei dementi precoci si ha « un notevolissimo abbassamento del potere riduttore dell'urina in confronto agli individui normali; diminuzione assoluta a cui fa riscontro la diminuita quantità dell'urea, e tali fatti stanno a indicare come in questi infermi siano rallentati i processi organici di ossidazione mentre l'assimilazione si compie in misura più completa della norma.» Da questo lato adunque, fatte le dovute riserve, i miei esperi-

menti confermerebbero quanto per mezzo di altre ricerche il D'ORMEA avrebbe stabilito, e cioè che nei dementi precoci il valore delle ossidazioni organiche è diminuito. Tali ricerche del D'ORMEA furono in seguito confermate da M. BACCELLI; ora le mie osservazioni, le quali per altra via tendono a convalidare gli esperimenti del D'ORMEA e di M. BACCELLI, portano, parmi, un contributo non del tutto inutile all'ulteriore definitiva conferma della diminuita attività delle ossidazioni nella demenza precoce.

Entrare a discutere nel vasto campo delle eventuali ipotesi circa gli effetti che una tale diminuzione di ossidazioni può esercitare sullo sviluppo e sul decorso della malattia parmi cosa che esorbiti dai limiti che mi sono imposto con le presenti ricerche, alle quali soprattutto sono stato spinto dall'essermi occupato di tali argomenti in altre malattie mentali. Neppure voglio azzardare una discussione se le dette alterazioni nella misura delle ossidazioni dell'organismo, possano e debbano considerarsi come causa ed effetto della malattia; a questo riguardo ho ben poco o nulla da cambiare a quanto scrivevo a questo proposito parecchi anni fa e che ho variamente ripetuto in altri miei lavori e cioè che « tali fenomeni si concatenano ben sovente al punto da rendere tutt'altro che facile la esatta conoscenza del fattore primo della malattia mentale. » Forse un esame più completo di questi ammalati dal lato anamnestico remoto e prossimo e soprattutto per quanto riguarda l'ereditarietà, può eventualmente contribuire in maniera cospicua alla soluzione di tale non facile problema.

Per ora mi limito a concludere, premesse le riserve di cui sopra ho parlato, che " nei dementi precoci la potenza ossidatrice dei tessuti dell'organismo è lievemente ridotta di fronte ai normali.,,

---

BIBLIOGRAFIA

1. *Albertoni* — Manuale di Fisiologia umana—Ediz. Vallardi — Milano —
2. *Landois* — Trattato di Fisiologia dell'uomo — Casa Editr. F. Vallardi — Milano —
3. *Aducco* — Traduzione, note, etc. alla Fisiologia del Beaunis — 1899. Unione tipogr. editr. Torino —
4. *Bunge* — Chimica fisiol. e patol. Tr. ital. Vallardi 1892 —
5. *Ferrarini* — Sui poteri ossidativi degli epilettici — Giornale di Psichiatria clin. e tecn. manicomiale 1903 Fasc. I. — Ferrara —
6. *D'Ormea.* — Il potere riduttore delle urine nei dementi precoci — Riv. sperim. di Freniatria — Vol. XXII — Fasc. I. II. Reggio Emilia.
7. *Fini e Benini* — Diazoreazione e indicanuria negli alienati di mente. Rivista medica — 1906 — Napoli —
8. *Yuschtschenko* — Ueber die Oxydation prozesse in Organismus der Geisteskranken und die Giftigkeit des Harns derselben. Archiv für Psych. und Nervenkran kheiten „ Bd. 45. S. 153. 1909.
9. *D'Ormea e Maggiotto* — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci — Ferrara — 1905.
10. *Pighini* — Il ricambio organico nella D. precoce — Riv. sperim. di fren. Anno 35 fasc. 2 - 3 — 1909 —
11. *Baccelli M.* — Nuove ricerche sul potere riduttore delle urine nei malati di mente « Il Manicomio » Vol. 25 — n: 1 - 2 — 1909 —

Il largo giro di applicazioni della Psicologia morbosa ed il vario giudizio degli uomini colti

Prolusione (1)

DEL

D.r Prof. Fr. Del Greco

I.

Idee scientifiche e gran pubblico nella società contemporanea: errori che ne derivano.

Viviamo in epoca d'intenso lavoro collettivo. — Negli scorsi tempi lo scienziato, il pensatore poteva con tutta calma volgersi a lunghe, penosissime ricerche; poteva meditare idee, ardite e nuove, fissandone gl'instabili apparimenti con faticosa diuturna lima. — Egli viveva, non di rado, solitario, lontano dal mondo: ovvero trattenuto in altri uffici, diversissimi da quello che assorbiva le sue migliori energie. Il gran mondo spesso lo ignorava. Un circolo ristretto di amici e discepoli pendeva dal suo labbro; vedeva in lui, come la stigmate sacra. Passava così, lungo questa vita fugace, calmo, raccolto. — Il pubblico per lui era lontano, verso un torbido o luminoso avvenire. Un pubblico, di cui il plauso o le ire non lo turbavano. A quello l'opera sua si sarebbe presentata compatta, intera, illuminata da tutta la sua nobile vita. — Asceta del pensiero, viveva in quel libero ideare. Tardi sarebbe giunto il giudizio, battendo l'ale rumorose sulla sua insensibile polvere.

Ed ora mal si cerca la quiete, in fondo ai laboratorii scientifici,

(1) Al circolo di conferenze di *Psico-patologia* e di *Psicologia criminale* ai RR. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano (Primavera del 1913).

fra le alte pile di libri e di codici antichi! — La scoperta, la idea, sbozzata appena, viene subito lanciata, da tanti discussa e raccolta. Gira, spola velocissima, d'una in altra mente. E' sottoposta ad analisi, spezzettata, fatta pulviscolo: ovvero cresce a valanga, giganteggia, rompe la diga dei cultori particolari e fugge verso il gran mondo. Va verso l'applauso, l'ammirazione, od il riso o lo scherno o l'acerba aggressione.

Rapidamente si compiono talvolta cicli di ricerche secolari. Sotto i nostri occhi vediamo dottrine scientifiche o sistemi filosofici nascere e tramontare, mentre chi li meditò è ancora nel pieno degli anni. — Rodolfo Virchow trasse i suoi giorni molto al di là della sua «Patologia cellulare», ed Erberto Spencer ebbe il dolore di vedere la splendida discesa all'orizzonte del suo grandioso evoluzionismo naturalistico.

Questo affrettato lavoro collettivo ha pericoli grandi. — Chi mi dirà, se colui, il quale sembra sperimenti o mediti, sia un tranquillo lavoratore del pensiero, o non sia un abile lanciatore d'impressionanti stoltezze? Non è agevole in sulle prime distinguere il ciarlatano dal vero scienziato. — L'applauso e l'utile pecuniario inebbriano moltissimi. Talvolta volgono a male le attitudini di qualcuno, che avrebbe onestamente lavorato nel silenzio. — Dice il Renan, che uno dei segni distintivi fra il serio ed il ciarlatanesco sta in ciò: il primo ha durata, resistenza; l'altro in breve passa. Occorre quindi l'opera del tempo, ed il nostro mondo è frettoloso, rude, brutale.

Vi è dippiù — La novella idea, per crescere, per formarsi sottile e complicata, deve a lungo vivere sconosciuta dai molti. Vi sono strani pudori, ombre di pensiero: vi hanno dee misteriose, lunghe, diritte, veglianti l'indice teso sul muto labbro. Esse impongono silenzio e la bianca mano inflessibile distendono contro l'importuno che a quelle soglie si accosta. — La scoperta, la idea, abbisogna di pace interiore, di un lungo travaglio inconsapevole. La troppo dura, insistente opera volontaria trae da quel mondo evanescente il delicatissimo organesimo ideale, non formato ancora. Ed alla rude aria di fuori si altera, si sforma o muore.

Io non starò a dire i travagli lunghi, tra quante incertezze, per quante vie tortuose ed oscure, si affaticano i pionieri della Scienza, prima di attingere l'agognata scoperta. Ed allorchè sarà questa chiusa,

come in rete sottilissima, nel magistero delle parole; non apparrà tutta intera. Molto di essa palpita ancora nel pensiero, onde surse — Che dire, se ancor non nata è presa nel flutto vasto di tante menti estranee, se afferrata, divelta, strappata da tante mani, rozze, tremule. inesperte? — Alla fine tutti si arrestano, e la idea appare grottesca, strana, deforme. Il gran pubblico ride, vedendola: impreca contro chi la lanciò al mondo o la creò. E non si accorge che l'aborto è un pò nato da tutti, da quella enorme, confusa, paradossale collaborazione.

Tali, o Signori, sono molte idee che vanno in giro per il mondo! In particolar modo, per i nostri studii, non si designano col nome di « responsabilità diminuita », di « degenerazione ed anomalie psichiche », di « delinquenza originaria », e via via, certi miscugli di conoscenze, travagliati da intime contraddizioni? E sono messe a carico di quelli, soltanto, che prima ne dissero qualche cosa. Ciò è ingiusto, omninamente ingiusto — Da parecchi anni Enrico Morselli (fra noi) enunciava questi eccessi, metteva in luce questa *falsa collaborazione* fra scienziati e pubblico, avvisando ai rimedii (1). Imprese così una revisione critica delle nostre dottrine, che va continuata sempre, con perenne lavoro.

II

Psichiatria e Diritto penale: le angustie del perito alienista e le inevitabili divergenze col magistrato.

Per molti è oggetto di riso e di sdegno il vedere, come i periti alienisti nelle Corti di Assise e nei Tribunali non vadano mai d'accordo. Essi giungono ad opposte e prestabilite conclusioni — Dice il pubblico: Da che parte è la verità? Questi ricercatori del vero dicono o non dicono il vero?

Si potrebbe rispondere che il Diritto è scienza ancora, ed in esso abbondano le divergenze, le soluzioni opposte — Molti credono, che la ricerca scientifica debba porgere a noi veri assoluti, dogmi

(1) Vedi in proposito la prefazione di E. Morselli all'importante libro di R. Brugia: *I problemi della degenerazione* — Bologna, Zanichelli ed., 1905.

immoti, come se fosse una religione. I dogmi, i postulati della Scienza sono alcunchè di molto astratto ed esiguo, e vanno soggetti a critica anch' essi. La ricerca, la Scienza è discussione per sè, è movimento di pensiero. Il « certo » di essa è relativo, *va per correzioni progressive*, quantunque sia così diverso dagli errori dell' empirismo volgare.

A ciò si aggiunga, che l' alienista non tratta, davanti al magistrato, questioni di Scienza pura, questioni astratte e generali. Egli si adopera intorno a questioni, concrete e particolari, mal riducibili entro i termini rigorosi che la indagine scientifica esige. Sono esse *applicazioni di leggi scientifiche*, si dispiegano *fra le contingenze infinite del caso singolo*: importano giudizi sopra un « caso » in totalità, su individui — Problemi di tal natura sono complicatissimi e disputabili in grado estremo (1).

Ma vi hanno ben altre ragioni, che spiegano le angustie, entro cui si dibatte il perito alienista — Sarebbe giusto, che l' alienista forense, un medico dopo tutto, dovesse rispondere su *questioni mediche*. Ebbene: capita ben altro. Il magistrato è costretto a richiedere da lui soluzioni che non troppo hanno da fare con la Medicina — È necessario, che l' alienista si pronunzi intorno alla « coscienza » ed alla « libertà » dell' imputato, al momento in cui commise il delitto. La risposta dev' essere categorica e netta. Uopo è si graduino (nientemeno!) codeste, per l' alienista, misteriose entità: si graduino, come se fossero riducibili ad « espressione quantitativa » — I magistrati da parte loro, pare, non abbiano troppa voglia di spiegare al medico che cosa significhino le parole « coscienza » e « libertà » — E pensare che « coscienza » può indicare al meno: — vita psichica in genere — coscienza di sè — coscienza morale — Ed il vocabolo « libertà »? L' ultimo non indica, a rigore, un concetto psicologico, bensì un concetto morale, giuridico, politico.

Ora io domando: Vi è mai esigenza più assurda di questa? Costringere l' individuo a rispondere su questioni fuori della sua competenza? La indagine dell' alienista legale è già molto complessa e

---

(1) Vedi in proposito il bellissimo e penetrante discorso di L. Ellero al Parlamento Nazionale sulla Riforma della Istruzione penale a proposito delle Perizie psichiatriche.

difficile per aggravarla a quel modo — Egli deve ricercare, se nello stato d' animo dell' imputato (quando compì il delitto) vi furono condizioni tali da far ritenere il delitto sintoma di una psicosi. Od almeno, se nello *stato d'animo* (per cui si effettuò l'azione criminosa) vi furono, tra le altre, *condizioni psicologico - morbose*, in rapporto, *determinanti* l' atto in giudizio.

Si noti, che le azioni criminali non hanno un determinismo interno *completamente* patologico. Dappresso a condizioni psicologico - morbose, ve ne sono altre, *non* morbose. Quindi la necessità di vedere fino a che punto gli *aspetti morbosi* di una personalità si coordinano, s' integrano negli *aspetti normali*. La necessità di vedere se gli aspetti morbosi dominarono quelli normali o ne restarono vinti *allora, nella esplicazione dell' atto delittuoso,* se contribuirono *alla genesi* dell' ultimo ed in qual grado.

Oltre che una ricerca « psicopatologica » , il clinico - alienista deve tentare una ricerca « psicologico - concreta ». E già a questo punto il terreno incomincia a mancare! Un fatto psicologico - morboso ha dipendenze organiche, biologiche: le ha per definizione. Un fatto psicologico - normale può trovare la sua radice in condizioni ambienti ed ideali ben diverse. Occorrono in questo caso all' alienista conoscenze, estranee agli studii suoi, e non le ha sempre — Peggio, quando da lui si richiede l' ultima sentenza: subordinare la sua ricerca clinico-psicologica a criteri di valore, a quelle per lui misteriose espressioni, alle idee di *coscienza* e *libertà*. Specialmente la seconda non riesce a celare il lungo paludamento filosofico, entro cui si adagia.

Il legislatore, punto soddisfatto di avere stretta la mente del perito tra simili angustie, ha complicato ognora più la bisogna. Invece di parlare di follia, di psicosi, ecc., adopera l' espressione più vaga di « infermità mentale ». Ed ha formulato quegli articoli a linee così vaste, che vi entra tutto in essi. Vi entrano gli *stati passionali*, le reazioni umane *violente, irresistibili*, le quali poco si riferiscono agli studii di Psichiatria. Sono in rapporto ai costumi, alle tradizioni, alle differenti costituzioni etniche ed individuali.

Tutto bolle e gorgoglia in quel capacissimo calderone: salvataggio per qualsiasi avvocato, od anche pubblico accusatore, quando l'aria si rabbuia e fra le « minoranti » non è possibile trovarne alcuna, veramente efficace. Allora s' invita l' alienista: personaggio misterioso,

che dice talvolta parole efficaci ed oscure. Lo si tira a diritta ed a manca, fino a che conchiude secondo le esigenze — Deplorevole commedia, in cui la Scienza ed i suoi liberi cultori vi entrano per nulla. Un vero studioso, posto in simili condizioni, deve sentirsi terribilmente a disagio.

∴

Eppure il quadro non è così fosco, come l'ho dipinto! Vi sono altri aspetti, che lo rendono men triste.

Il recente Congresso Internazionale di Medicina Legale ha insistito, che in tutte le legislazioni dei popoli civili passi il criterio di semi-responsabilità (1). Periti valentissimi d'ogni nazione si sono pronunciati per una sempre maggior latitudine del concetto di follia e di menomata responsabilità nel delitto. La pericolosa ed imbarazzante estensione della legge italiana diventa così oggetto di lode.

Uomini di grande esperienza hanno insistito su ciò — La ragione è nel fatto, che le azioni criminose quasi mai si trovano sotto un completo determinismo « psicopatologico », o sotto un completo determinismo « psicologico - normale ». I casi più frequenti stanno in mezzo. Le condizioni psicologico - morbose *determinanti* sono in vario grado notevoli: di rado sono assorbenti. Da ciò sgorga il giudizio di responsabilità diminuita, non di responsabilità soppressa o conservata — Fra i delinquenti abbondano le semifollie (2).

In verità presso noi, italiani, si nega d'ordinario che vi sieno parziali follie. Di queste non è agevole formarsi un concetto anatomo - fisiologico: quindi si negano. In tal modo facciamo pesare vedute dottrinarie sulla Clinica — In Clinica di semifollie, se ne osservano, se ne osservano fuori dubbio. E qualsiasi argomentazione in Medicina deve cedere innanzi al fatto, bene osservato. Si constati il fatto: tanto basta per ora.

---

(1) La *Responsabilité atténuée* par le Dr. L. MATHÈ — Rapporteur au III Congrès Int. de Médicine Légale (Bruxelles, 1910) — Paris, Vigot Frères ed. — 1911. —

(2) Vedi in proposito l'altra mia prolusione: *Il maggior capitolo dell' Antropologia criminale* — (Estratto dal « Manicomio », Nocera inferiore, 1910) —

I progressi adunque della Psicologia criminale, l'analisi sempre più penetrante e sottile delle condizioni interne di un'azione criminosa, allargano il campo della diminuita responsabilità, delle follie parziali, delle anomalie psichiche.

E qui si accentuano fortemente le divergenze tra il pensiero del clinico-psicologo e quello del giudice. Il primo, il clinico-psicologo, messo sulla via della ricerca causale, volge a trovare di qualsiasi azione umana (brutale e repellente che sia), volge a trovare le cagioni — Spiegare un fatto è comprenderlo, avvicinarlo a sè, incominciare a giustificarlo — Il giudice un simile precedimento non può tollerare: altrimenti negherebbe la funzione sua caratteristica.

Il clinico è uno scienziato, ricerca di un'azione umana le cause: pensa l'individuo, come un nodulo, un punto d'intreccio di « momenti » causativi diversi, di minute efficienze collocate nella serie del tempo. Passa d'uno ad altro di quei momenti, come se fossero posti distesi per linee, che, serrandosi nel giro dell'individuo, vengono e vanno all'infinito. Per lui l'unità, la spontaneità individuale è risoluta in tanti elementi che la sfigurano e la sopprimono quasi — Per il magistrato l'individuo è attore, è causa. Il magistrato valuta l'azione di questo con criterî giuridici e morali. — Due punti di vista inconciliabili : *il punto di vista deterministico*, della ricerca causale; l'altro, *il punto di vista valutativo*, il criterio di valore. Due punti di vista inconciliabili ed *insuperabili.*

Badate. — Questo dissidio non scinde solo il giudice ed il medico, si ripete in grembo alle Scuole giuridiche e filosofiche moderne. Tutti gli sforzi del secolo, omai tramontato, per costruire una Scienza generale dei fenomeni umani (Sociologia), seguendo gli schemi delle discipline naturali; hanno urtato contro questa inesorabile barriera. I fenomeni umani si possono considerare secondo il doppio punto di vista in questione. Non sono riducibili all'uno, nè all'altro completamente. Presentano alla indagine un'antinomia profonda, presentano quell'« irrazionale », su cui (dice Harald Höffding) s'impernia la suprema ricerca metafisica.

Praticamente io non veggo altra via di soluzione, che riconoscere la divergenza qual'è. È bene seguire gli svolgimenti dei due *punti di vista*, distinti, come linee parallele. Giova cercare fra l'uno e l'altro

le contiguità, le dipendenze pratiche: giova segnare le tappe, attraverso cui passano queste linee, fuggenti e diverse.

Nel campo delle Scienze giuridiche questo metodo diè risultati fecondi. Come ho detto in altra Prolusione, omai tutti riconoscono *i limiti* del Diritto punitivo e la necessità, che intorno a questo si dispieghi un *organesimo di misure preventive, pedagogiche, mediche,* le quali combattano la criminalità. (1) — Da questo complesso d'indagini è surta la Criminologia moderna, che in parte si distingue dal Diritto penale. Resta sempre mai la questione di mettere d'accordo alcuni suggerimenti criminologici col Diritto. Due funzioni distinte (2), che si debbono integrare nell'unità dell'individuo e della natura umana — L'una non può distruggere l'altra. Il Diritto durerà quanto l'uomo: della vita civile di questo è suprema conquista.

Come muta, al lume di simili idee, il compito del perito alienista nei dibattiti forensi! — Egli ricorda alla giustizia umana la sua fragilità e la sua dolorosa inefficacia pratica. E' lì davanti, spettro tormentoso, incubo per chiunque voglia adagiarsi nel roseo presente — Il compito del perito alienista ha dunque lati diversi e rispecchia gravi e difficili problemi.

III

Psichiatria e Pedagogia: questioni diverse, le anomalie psichiche del fanciullo e la caratteristica delle leggi di Psicologia morbosa.

La Psichiatria entra in rapporti, non soltanto con la dottrina e con la pratica giuridica; bensì con la Pedagogia, con la Storia, con la Critica letteraria, con la Psicologia religiosa. — Già dalle ricerche criminologiche emana la suprema necessità di inquadrare ogni fun-

(1) *Il problema dei rapporti tra Psicologia criminale e Diritto* (Estr. dal «Manicomio» 1911-1912) — e *Il metodo psicopatologico nello studio della personalità criminale* — (Estr. dalle «Note e Riviste di Psichiatria», Pesaro, 1212) —

(2) Vedi il forte articolo di

A. RENDA — *Concezione naturalistica e concezione giuridica del delitto* — Estr. da «Psiche» — Rivista di studii psicologici — dir. Assagioli, Firenze — Settembre - Ottobre, 1912.

zione penale e correttiva in un complesso di norme igieniche ed educative. Ed alla Pedagogia le ricerche clinico-psicologiche danno contributi notevoli. Si sono svolti per doppia via: 1.°) con la diagnosi e con la educazione dei fanciulli deficienti ed, in genere, anormali. — 2 °) portando nello studio del fanciullo quei metodi di tecnica psico - fisiologica, indispensabili per una esatta comprensione della figura mentale dell' alunno.

Sorgono difficoltà — Importantissima la Pedagogia degli anormali e dei deficienti, ma è qualche cosa di troppo estraneo e lontano: è faccenda medica, psichiatrica sopratutto. La società (dicono taluni) non può disperdere i suoi limitati mezzi intorno ai deficienti. Da questi se ne caverà poco o nulla. Al contrario la sfera dei fanciulli normali è quella veramente feconda e non deve essere trascurata per l' altra — Seconda obiezione: è contro i metodi psico-fisiologici in Pedagogia — Mettendo in opera un pesante armamentario (essi dicono), fate credere chi lo sa che cosa e riuscite a ben poco. Dividete e suddividete codesta psiche infantile e vi manca l' intuito sintetico di essa. Intuito che talvolta ha più di voi una madre intelligente, un educatore esperto ed amorevole.

Le due obiezioni non sono prive di valore — La seconda è giusta. Ma si consideri che quel periodo, a cui essa allude, è oltrepassato da varii anni. Non più si applicano col massimo rigore i difficili metodi della Psico-fisica e della Tecnica fisiologica allo studio del fanciullo. La Psicologia sperimentale, per opera di Alfredo Binet specialmente, volge a semplicità di metodi e di tecnica: per nulla disconosce la importanza direttiva di un intuito sintetico della psiche infantile.

Bisogna distinguere fra Scienza, *pura* ed *applicata*. I lenti metodi d'indagine sperimentale giovano alla Scienza pura, allo studio di questioni psicologiche, distinte e generali. Per la Pedagogia pratica, per lo studio dei singoli alunni, non sono indispensabili — È vero — Tuttavia, adoperati sommariamente, con destrezza, sono di grande aiuto all' osservatore — Perchè rifiutarli? Perchè disconoscerne la importanza? Dopo tutto un assieme tanto meglio si conosce, quanto più esattamente ed in maggior numero se ne distinguono i particolari. E la osservazione sperimentale di particolari ne dà molti e bene.

Mi spiego. Lo psicologo e l' alienista affatto intendono di sostituirsi all' educatore. La Pedagogia è molteplice: è arte, è scienza, è

filosofia. L'alienista-psicologo avrà posto in un angolo solo di questi studii. Egli coltiverà quel punto isolato, retto dal sentimento, che altri e diversi scienziati e pensatori lavorino solidalmente verso l'ideale di una disciplina, così grandiosa.

E qui mi sembra opportuno rispondere alla prima obiezione, che va contro la troppa cura nello studio e nell'educazione dei deficienti — Vi è in essa un pò di quella preoccupazione utilitaria, la quale fa guerra ai sentimenti gentili e di pietà verso tante sventure — Ora diremo. I deficienti sono di' pertinenza medica, però hanno una importanza sociologica notevolissima: da questa schiera vengono fuori molti criminali.

Lo studio clinico-psicologico del fanciullo s'impone per altra via. Dai casi gravi si va a quelli leggieri di deficienza mentale e di psicosi; dalle psicopatie assodate e dalle mostruosità somato-psichiche si arriva ai *transitori disturbi ed alle anomalie psichiche* — Un educatore d'ingegno mi diceva un giorno, ch'egli sentiva la necessità di conoscere, non il fanciullo anormale, bensì *le anomalie dei fanciulli normali* — Qui sta il punto. Tutti di anomalie ne abbiamo. Grave pregiudizio è il credere che le anomalie e le tenui morbosità mentali sieno rarissime: sono di frequenza grande, enorme. Ed hanno una importanza cospicua negli *sviluppi della mentalità e del carattere*. Variano in questi con gli anni, si correggono; ovvero mutano o deformano il tutto, preparandolo a delinquenza e ad altri mali (1).

Non è poco si era dai medici, in Italia, grandemente pessimisti davanti alle irregolarità psichiche morbose. Si credevano invincibili con gli ordinari mezzi terapeutici: si credevano fatali. Al presente vi è un indirizzo di studî, che fa sperare ancora *nella efficacia delle azioni psicologiche medicatrici.* — Una causalità, una efficienza psicologica esiste: basta vivere fra gli uomini, vedere le reciproche azioni che le menti hanno fra loro, per convincersi che al mondo non vi è soltanto causalità fisico - meccanica e biologica (2) — Una folta

(1) Vedi le mie precedenti Conf.ze: *Alcoolismo e Delinquenza minorile* — dal « Manicomio » 1910 — e *Sulle caratteristiche psicologiche del fanciullo anormale* — « Manicomio » 1911-12.

(2) Vedi i miei precedenti Saggi: *Sulla cura morale dell'accesso psicopatico* (*Educazione e Follia*) — dal Manicomio, 1901 — *Sul trattamento morale dei delinquenti pazzi* — id. 1906. — *Delirii e mentalità collettiva* - id. 1909 —

schiera di alienisti e neurologi, dal FREUD, dal DÉJÈRINE, al DUBOIS, allo IUNG, indaga questo aspetto del problema terapeutico.

Ora ho detto, che tutti di anomalie ne abbiamo. — Ognuno di noi si può studiare nella *totalità sua psicologica*, movendo dai lati psichici *normali:* lo si può studiare, movendo dai lati suoi *morbosi od anomali.* È un punto di vista *esteso* quanto il primo ed importantissimo — I fenomeni psicopatici si aggruppano, si ritrovano unificati in alcuni *tipi d' individualità*, od in alcuni *tipi di sviluppi, di processi concreti psichici.* Tipi e processi, che sono un misto di morboso e normale. Il morboso vi predomina e li caratterizza. Però negli aspetti normali di essi sta non di rado il *compenso*, il correttivo. Su questo debbono operare le azioni pedagogiche e psico-terapeutiche.

La Psicologia morbosa o patologica (la parte sintetica, non analitica di essa) sale dalla innumerevole molteplicità dei casi, che la Casuistica clinica presenta; sale alla determinazione e ricostruzione dei « tipi » in discorso. Gli ultimi involgono, non soltanto forme o sviluppi d' intelligenza, ma di sentimento e di volere: *sono espressioni di personalità* — E non sono espressioni del tutto coscienti, bensì in *molta parte subcoscienti, di menomata coscienza:* lasciano supporre virtualità, latenze psichiche, tra le lacune dei fenomeni interni. Esse quindi si stringono ai lati profondi, originarii di una personalità, *al punto in cui questa si confonde con l' organismo e si articola con l' aureola di efficienze naturali esteriori* — La Psicologia *patologica* è, rispetto a quella *normale*, una disciplina più sotterranea: il suo ambito di esperienza comprende una sfera del reale, dove lo psichico si sospetta, non si scorge, o dove lo psichico vien meno. Confine tra il mondo psicologico e quello organico: sfera incerta, dove si plasmano *le origini, le prime forme* di una individualità.

IV.

I rapporti con la Storia. Necessità di salire ad una sintesi delle osservazioni psicologico-cliniche con quelle psicologico-concrete per intendere le personalità storiche: importanza e vastità dell' argomento.

Da molti anni gli alienisti si sono rivolti allo esame di alcune grandi figure storiche. In simile tentativo non hanno fatto sempre bene. Hanno posto in opera il *metodo sintomatologico*, sic et simpli-

citer. Questo metodo, fuori dei casi di psicopatia grave od estesa, è sorgente di errori — In che consiste? — Da un fatto psichico, notevole e *caratteristico*, si suppone la esistenza nell' individuo di tutto un « complesso di altri fenomeni organico-psichici morbosi »: in altri termini, da quel fatto si suppone la esistenza di tutta una psicopatia— Il fatto psichico notevole è *caratteristico*, per il modo come si presenta, per le contingenze somatiche e psicologiche che lo definiscono— Si tratta di un metodo empirico, buono (ripeto) per lo studio degli alienati di mente soltanto, non fuori da questi.

Quel fatto psichico caratteristico in alcuni casi è sintoma, è indice (ora ho detto) di un complesso di fenomeni morbosi psichici, di una latente od iniziale psicopatia — In altri casi non è sintoma, *è un fatto psicologico anomalo che sta da sè*, che non importa richiami di complessi psicopatici determinati — Finalmente vi sono casi, in cui può avere uno sviluppo suo proprio, può complicarsi di fenomeni simili, ed in vario grado, nel giro dell' ambito individuale. In tale forma *è come un lato morboso di quella personalità: ma non la investe od infirma del tutto*. Ed allora si dice, che il fenomeno in questione non precorre o svela una psicosi. Si dice: è segno di mentalità degenerata od anormale. Di questa la Psichiatria clinica dà le note distintive.

Senza dubbio è proprio dei fenomeni interni lo essere interdipendenti, l' inserirsi per gradi e sfumature ad una totalità personale. Un fatto psichico, divelto dalla sua interiorità, è un non senso. Esso è, in quanto ha connessioni interne, in quanto vive nei rapporti con la figura totale di quella psiche e di quella psiche è veramente espressione — Dire una tal cosa non vuol dire, che la totalità psichica sia tutta ad un modo, tutta omogenea, che sia compiutamente normale o morbosa, se normale o morboso è quel fenomeno distinto. Anzi l' osservazione clinico - psicologica svela a noi di una personalità le scissure, le lacune, le contraddizioni e varietà molteplici. Condizione, che si fa evidentissima, quando dagli psicopati, completi e gravi, passiamo allo studio degli anomali psichici, a quello di tanti soggetti umani, attivissimi nel mondo.

Gran numero di personalità, caratteristiche nella Storia, sono di tal natura. Per esse l'ordinario metodo sintomatologico è fallace. Quelle personalità non sono tutte morbose: hanno *lati morbosi e lati nor-*

mali e fattivi — Ho detto in altri luoghi, che all'empirismo di un tal metodo bisogna sostituire una concezione più astratta e sicura. Bisogna salire, dalla Clinica e dalle intuizioni sue ad altre Scienze, più generali e diverse. Bisogna salire a vedute, che le modalità normali e morbose di una personalità *comprendono in una formula unitaria* — Gli anormali psichici si distendono per linea sottile ed oscillante fra il sano ed il morboso. Soltanto una comprensione, elevata, superiore, può dominare e distinguere le due regioni di fenomeni, può vederne i limiti, le fini transizioni dall'uno all'altro (1).

Si badi: l'obiettivo nostro non è la ricerca dell'astratto o dell'universale; bensì è la conoscenza d'individualità, *piene, concrete*. Quella visione, superiore e comprensiva, è mezzo per noi. A noi giova per *integrare* elementi, induzioni diversissime, e per *discendere* nel contesto delle realtà individuali; a noi giova per comprendere, abbracciar queste da tutti i lati.

È ben noto, che le *individualità storiche sono concrete*, sono in grembo alle più diverse realtà. Vivono, sono costituite, fra contingenze infinite di epoca, di popolo, di classe sociale, di regione, e via — Molti alienisti hanno dimenticato tutto ciò — Poco curanti dello spirito dell'epoca, in cui visse il loro eroe, fecero diagnosi inesatte. Che S. Paolo, ad esempio, dicesse di avere in sogno o nella dormiveglia, rivelazioni divine; ciò non suona, ch'egli fosse ognora un visionario od un allucinato. Per un uomo di quei tempi, di quella cultura, con quella fede, il fatto può star bene nei limiti del normale.

⁂

Eppure che vasto campo è questo della Psichiatria in rapporto con la Storia! — Si osservano nella vita di ogni giorno personalità umane equivoche, contradittorie, od accentuatissime: di esse soltanto

(1) Vedi i miei Saggi: *Sulla psicologia delle individualità anormali* — « Man. » 1906 — e *Il problema dei contributi della Psichiatria alle Scienze morali* — « Rivista di Psicologia » — Bologna, 1911.

le conoscenze psicopatologiche possono darne la chiave. La schiera infinita dei simulatori, dei cerretani, dei fanatici, dei settarî politici o religiosi! — Come la Storia della Medicina non è soltanto la Storia delle dottrine mediche, delle scienze ausiliarie, della clinica; bensì è ancora quella delle superstizioni più diverse, delle stregonerie, di tante influenze psichiche sugli organismi. Così la Storia delle imprese umane (che dopo tutto è quanto dicesi Storia in senso angusto), non soltanto è narrazione delle grandi, diritte, feconde imprese; ma di tutte le deviazioni e deformazioni di queste ultime — La natura umana è vasta, molteplice, strana di forme, con sviluppi grandi e con ritardi e morbosità. E l'occhio di chi narra e medita, deve apprenderla nella sua multimoda, infinita esperienza — Io non dico, che quei simulatori o profeti, quei settarî, teosofi o regicidi, quegl' impostori o tiranni fossero sempre psicopati od anomali gravi. Non dico ciò. Solo affermo, che, considerati da un punto di vista clinico-psicologico, svelano profondità insospettate, lati misteriosi delle loro nature — La Psicologia patologica (ho detto sopra) è *sotterranea*, scandaglia i lati subcoscienti delle personalità umane — Ed attraverso le espressioni subcoscienti può l'indagatore avvisare alcune riposte direzioni d'animo, alcune virtualità psichiche, onde si ebbero azioni imprevedute o nuove e mirabili.

Specialmente si ricordano nelle Istorie individui, che, per vicende di fortuna, di tempi, o per natura propria, giunsero al culmine di un'epoca, di una saliente ondata di casi umani, e con l'opera loro improntarono il tutto — Lungi è da me la idea di toccare la formidabile questione, se l'epoca o l'individuo abbia maggior valore nello sviluppo delle gesta grandiose. Sarebbe un problema al di là del mio proposito — Dico questo: senza dubbio in alcuni momenti *l'individuo divenne fattore importantissimo*. E questo individuo va profondamente indagato — CESARE e S. IGNAZIO, ad esempio, per quanto il primo fosse tutto romano, ed il secondo avesse in sè, piena e fremente, l'anima spagnuola; ciò non ostante (dico) furono in supremo grado originali. Essi diedero agli avvenimenti una direzione caratteristica. Onde la necessità di penetrarne lo spirito — Ancora più quando ci troviamo (ripeto) presso ad alcuni misteri di anime, a uomini in dissidio profondo con la istessa loro natura, ovvero con l'epoca in cui vissero; quando ci troviamo presso ad uomini che l'opinione dei

contemporanei variamente giudicò — **Bruto II**, ad esempio, il sommo **Cromwell**, o **Wallenstein**, e tanti altri. Qui s' impone maggiormente il dovere di chiedere aiuti alla indagine nostra.

V.

rapporti con la Critica letteraria e con la Psicologia religiosa: dalla ricostruzione degl' individui volgersi ai loro « momenti psicologico-creativi »: pregiudizii da vincere e ricerche da tentare.

Abbiamo detto finora, che il clinico psicologo, quando studia personalità criminali e storiche, deve ricostruirle intere, veracemente. Deve ricostruirle negli aspetti morbosi e normali e nelle vicendevoli transizioni di questi. Farà così opera di Psicologia *clinica* e di Psicologia *concreta*, individuale, nel tempo istesso — Non basta — Oltre l' individuo, bisogna studiare le *azioni* dell' ultimo, in quanto *azioni*. Bisogna delle azioni tentare l' *analisi psicologica*, collegandole in tal modo al soggetto. Il clinico-psicologo deve scrutare l' intima genesi delle azioni nel complicato mondo interiore: ne deve rivivere lo sviluppo, avvisarne le connessioni psicologico-organiche e psicosociologiche — Alla ricostruzione della personalità è necessario segua questa seconda ed ancora più sottile indagine — Si può essere folli od anormali e compiere azioni, che, con l' anomalia o con la psicosi, poco o nulla hanno da fare. E' noto che molti atti della vita umana giornaliera sono in rapporto ai costumi, alla cultura, a circostanze morali o fisiche esterne; non sono in rapporto a determinismi psico-patologici.

Se l' ultima ricerca è indispensabile per una completa Psicologia criminale e storica, lo è maggiormente per studii di Critica letteraria e di Psicologia religiosa — Dopo tutto le *azioni pratiche* (obietti, di cui trattano la Criminologia e la Storia, comunemente detta) sono, più di ogni altra esplicazione umana, serrate all' individuo, sono *indice della nostra totalità somato-psichica*. Nell' azione pratica si ritrova molto di noi stessi: si ritrovano i lati buoni e malvagi, i modi superiori del sentimento e delle idee, quelli inferiori dell' istinto. Quindi possono in essa ritrovarsi e bene gli effetti di notevoli o gravi anomalie e disordini mentali.

La Psicologia letteraria e quella religiosa trattano una materia

notevolmente diversa. Indugiano sull' analisi, non di azioni, ma di opere di intelligenza e di sentimento: ricercano le origini interne di *prodotti ideali*, dello *spirito*. E questi sono, meno delle azioni pratiche, in rapporto alla totatità dell' individuo, ai suoi lati organici (normali od anomali) profondi. Il fattore storico e sociale, quello di Cultura, li domina intensamente.

È difficile, se non impossibile, ritrovare il segno di anormalità psichiche in opere d' ideazione astratta, di calcolo superiore, o di meccanica, o di scienza sperimentale — E nelle opere di pensiero religioso, od artistico, o poetico ? — Quantunque non al modo che nelle « azioni pratiche » , sembra tuttavia in esse meno difficile la ricerca dell' elemento psicopatologico individuale. Ciò per una doppia ragione: 1.°) perchè le opere di poesia e di religione sorgono in parte dalle *intimità nostre psicologiche* — 2.°) perchè sono più libere, più subiettive, non hanno quelle inflessibili *limitazioni* esterne, dentro cui la ragione e l' esperimento chiudono i lavori di Scienza — Considerazioni in massima giuste — Nondimeno (ripeto) nelle istesse opere d'Arte e di Religione è inesatto credere, che basta essere anomali psichici o semifolli per far cosa priva di qualsiasi giustezza e valore. *L' individuo* e *l' opera* vanno ricercati *isolatamente e poi messi in relazione.*

Il pregiudizio, di cui ora ragiono, ha fatto cadere in errore molti studiosi — Dal perchè alcuni grandi apostoli o fondatori di Religioni furono anormali: alcuni considerarono morbosa qualsiasi esperienza religiosa, o dissero patologico (nientemeno !) lo infinito stadio umano, che si acqueta nelle pratiche e nelle idee di Religione — Altri (come il NORDAU) giudicarono la creazione estetica un' attività inferiore dello spirito. Lo istesso NORDAU svalutò tutta l'opera di EMILIO ZOLA e del sommo TOLSTOI, perchè questi due ebbero anomalie psichiche notevoli. Delle anomalie trovò i segni nelle opere degli ultimi, e le opere quasi condannò — Idee non giuste, ispirate al pregiudizio, sopra esposto: vale a dire, che basta essere anormale psichico, semifolle, per fare opera priva di alto valore. Quel pregiudizio, quella idea deve essere sottoposta a critica ed a lunga analisi. Non è vera così formulata alla grossa (1).

(1) Vedi i miei Saggi: *Subiettivismo e disequilibrii nella ideazione geniale* — « Rivista di Filosofia », ecc., Bologna, 1905, ecc.

* * *

Tra l' opera e l' individuo vi è di mezzo il periodo, breve o lungo, di *creazione*, d' *invenzione* — Questo periodo viene indagato dalla Psicologia estetica e religiosa: discipline tuttora all' inizio — Il clinico - psicologo può contribuire allo sviluppo delle ultime, studiando quei prodotti d' anima artistica o religiosa, che sono *in rapporto notevole* con certo determinismo psicologico-anormale o morboso. Le esagerazioni e perversioni di nobili attività umane illuminano lati oscuri e profondi di queste. Il FREUD, il DUPRÈ si sono posti alla indagine del mondo fantastico di neurosici od anormali di spirito, alla indagine di quel vario succedersi d' imagini, d' impulsi iniziali, di desideri. Questi germinano nella dormiveglia, nei momenti di abbandono e stanchezza, sotto stimoli svariatissimi, senza il correttivo della ragione e del volere consapevole. In tale mondo si plasmano deliziosi sogni o brutture — Gli studii sui fenomeni di medianità saranno utili per conoscere quel lato dell' esser nostro, che si adombra negli stati mistici dell' animo. E, forse , a noi recheranno contezza sulle origini di alcune intuizioni spirituali, sorgenti talora nelle esperienze religiose più caratteristiche.

Ho detto altrove (1), che si può muovere oltre. Si può vedere quanto di morboso o di anormale vi sia fra il complesso di condizioni fisiologiche correlative al genio, al genio nella sua interezza e perfezione. Possiamo rivolgerci allo esame di qualche alta personalità artistica, o scientifica, o filosofica. L opera intellettuale di tal genere, se davvero è opera sovrana, suppone nel generarsi un congegno delicatissimo di sviluppi interni, suppone un equilibrio, un adattamento mirabile di attività fisio-psichiche. Il clinico psicologo può di un simile portento vedere, se vi contribuirono elementi morbosi od anormali — Ricerche, così fatte, sono ben lungi da sentenze sbrigative ed assolute.

Un' ultima considerazione — L' azione sovrana, dominatrice (sia essa nel campo politico od umanitario), come le azioni criminose o di ciarlataneria o d' inganno, non sono opere strettamente individuali.

---

(1) *La questione del genio* — « Man. » 1900 — *La psicologia del genio in Carlo Darwin* — « Atti della Soc. Rom. di Antropologia », Roma, 1900 — ecc.

Con l'elemento personale vi è l'elemento sociologico, di Cultura, di tradizione. Ed ancora vi è un altro elemento: *vi è certa collaborazione del pubblico, della folla.*

Tra individuo e collettività, tra *individuo* e *folla* corrono pensieri, espressioni, influenze psichiche. E l'uno si completa nell'altra (1) — Prendete NAPOLEONE, distaccatelo dal suo esercito, da quella falange d'uomini che trema e corre a morte ad un suo cenno; che cosa avrete? Che cosa sarebbe per noi GIUSEPPE GARIBALDI, senza l'onda dei giovanetti serrati a lui dappresso, senza quel nugolo di camicie rosse intorno al suo candido destriero; senza lo spavento che, pari ad onda di risonanza diffusa, investiva il nemico al vederlo? — Lo psicologo deve smontare questa coppia: individuo e folla. E con l'analisi delle menti individuali, deve far ricerca ancora del lavorio « mitologico » ed « idealizzatore » delle folle, che esaltano o distruggono. Deve far l'analisi di quelle contingenze fisico - morbose diversissime, le quali sulle folle operano — Quindi tutto un assieme d'indagini per le discipline, sopra ricordate.

VI

Conclusione: lo spirito di Cultura e l'errore utilitario; verso una concezione sintetica del metodo clinico e psicologico-concreto; scopo e programma delle altre conferenze.

Qui m'arresto — La maggior parte degli uomini colti ignora il silenzioso lavoro delle Cliniche, le lunghe e pazienti ricerche volte a penetrare nel magistero del complicato determinismo bio-chimico di una psicosi. Ignora gli sforzi dello psicologo sperimentatore, il quale mira alla conoscenza sempre più esatta di uno « stato psichico » qualsiasi — Che dire dei Manicomii, di questi difficili organismi, nei quali con l'assidua vigilanza, con le influenze morali più diverse, con il lavoro metodico (oltre che con mezzi strettamente terapeutici) si cerca di reintegrare una mentalità inferma?

Tutto ciò sfugge d'ordinario al gran pubblico. Non così l'opera

(1) Vedi il mio Saggio: *La intermentalità criminale* — « Man. » 1902.

dell' alienista, quando è interrogato dal giudice; ovvero quando, con la parola o con gli scritti, tenta di applicare le conoscenze di Psichiatria ad alcuni problemi delle discipline morali— Ed allora il clinico - psicologo si trova innanzi ai dotti, allo storico, all' educatore, al letterato critico.

Con gli ultimi è punto agevole lo intendersi — Nel nostro paese vi sono scienziati e pensatori, dal vigoroso spirito inventivo, dalla erudizione nel proprio campo di studii imponentissima. Però ognuno sta da sè, è un' isola: volentieri ignora o sdegna conoscenze estranee alla sua. Fuori dalle ricerche sperimentali o dalla libera produzione artistica, vi è in noi tendenza a chiudersi nei rigidi dogmatismi — Io non dico, che tutti, ad uno, ad uno, siamo fatti in tal modo. Ma certamente è questa la caratteristica mentale nostra rimpetto a studiosi di altre nazioni. In noi difetta lo spirito di Cultura.

Intendo per « spirito di Cultura » quella simpatia intellettuale, che dal proprio campo di studii ne orienta via via per altri sempre più distesi e lontani. È una tendenza alle acquisizioni conoscitive più diverse; ed è misura e cautela nei giudizî. È un misto di elevato criterio e di sensibilità intellettuale. Questa vibra, come arpa eolia, al vento di qualsiasi corrente d' idee (o motivo o tendenza intellettuale), che sorga nella vastissima regione dei presenti lavoratori del pensiero. E non è ricerca di Scienza soltanto, ma di tutte le manifestazioni dello spirito — Stato d' animo inquieto, impressionabile e sottile. Lo spirito di Cultura non è superficialità. Non possiamo divenire colti davvero, senza avere una fondata competenza in qualche ramo dello scibile. È necessario che si sia, colà, formati, in quell' angolo di studii. E poscia, anzichè stringersi, chiudersi in esso; anzichè approfondirlo con indagini, sempre pazienti, o con lunghe abilità, o con meditazioni; si faccia, altro lavoro. Si vada educando in sè *il sentimento dei rapporti* delle proprie conoscenze con altre ed altre diverse — Così vive il pensiero in un sentimento di passaggio d' una ad altra regione del sapere, in questa molteplicità di orizzonti. Ogni dogmatismo cade ed impera una tendenza eclettico - critica e comprensiva.

* * *

In Italia non pare sia molto frequente una simile tempera mentale. Nondimeno quest' ultima è necessaria. La *cooperazione* è dive-

nuta immancabile fattore nei lavori di Scienza — Ogni cooperazione è impossibile, senza che ricercatori, diversi e lontani, non abbiano certa similarità di vedute, di simpatie intellettuali, di metodi e conoscenze — Le applicazioni della Psichiatria nel campo delle Scienze giuridiche e morali andarono incontro ad idee, fatte ed immote. Idee, dogmatismi di alienisti, i quali vedono soltanto funzioni del cervello e malattie: non hanno intuizione alcuna delle mobili, complesse realtà ideali umane. Dogmatismi di educatori, di magistrati, di storici, i quali sdegnano le conoscenze naturalistiche, e non riescono ad attuare (come il clinico) il metodo di osservazione e di analisi, penetrante, esatta degl' individui — Quindi la impossibilità di correggersi per gli uni e per gli altri, ed un cumulo di affermazioni, che apparvero non di rado strane al gran pubblico — E quest' ultimo, che digrada fino alle intelligenze, male istruite o deformi, ha volto tutto al peggio, svisando concetti, non bene delimitati e sicuri! Eppure la grande maggioranza degli uomini colti può, nelle Scienze umane, moderare certe conclusioni, che sentano troppo del solitario e del paradossale. Le può moderare, cimentandole all' esperienza, all' intuito della vita piena, sensata, attiva d' ogni ora.

Urge sollevare la intellettualità di un sempre maggior numero di uomini. Si scrive, si pensa e ricerca per intima necessità, ed ancora per comunicarlo ai propri simili. È bene che costoro sieno preparati a conoscenze più estese — Non è possibile il lavoro solitario e calmo di un tempo. Volge ogni nostra attività a farsi collettiva, a socializzarsi (passi la barbara parola). E' quindi indispensabile lavorare in modo, che questa cooperazione d' intelletti e di animi vada nel modo migliore — La Cultura ha, nell' ora presente, un compito solenne — Le industrie, i commerci, la società tutta volta alle iniziative pratiche, utilitarie: i privilegi di casta distrutti; il venire in onore di qualsiasi opera, umile e manuale che sia: tutto ciò, se è stato un bene grande, ha recato con sè inconvenienti notevolissimi — In così formidabile livellamento d' uomini i « valori morali » accennano a smarrirsi talora. L' occupazione nobile, disinteressata dallo spirito non è sempre, nè come prima, tenuta in giusta estimazione. Moltissimi uomini d' ingegno abbandonano le Scienze e la Letteratura, perchè non recano utili pecuniari, nè potere al mondo. Altri fanno peggio: danno ad esse una piega d' utile immediato che le uccide.

Fu grave errore di qualche presente Filosofia (molto in voga) il dire, che la Scienza sia funzione rivolta intera *alle necessità pratiche della vita.* Tali sono molte applicazioni di Scienze: applicazioni non di una Scienza ad un' altra, ma dei risultati o principii di una Scienza a questioni o procedimenti tecnici e d' utilità speciale — Le Scienze a rigore, quelle pure, sono di necessità teoriche, non pratiche. Per formarsi e progredire, debbono togliersi dal peso di qualsiasi esigenza volta all' attuazione immediata. Urge da questa si snodino, e prendano libere il volo per i cieli infiniti dell' astratto e dell' universale. Il lato pratico è in germe con quello teorico in *sugl' inizii* di una Scienza, quando l' ultima non è ancora distrigata dall' empirismo: poscia se ne distacca, n' è distinta appieno. Ed i massimi fondatori delle discipline scientifiche furono intelletti teorici (ripeto), soltanto presi dalla fiamma della ricerca, di creare e di vivere in questa — Tanto ne insegna la Storia (1).

Urge salvare in noi, nell' uomo contemporaneo, lo slancio verso le creazioni dell' intelletto, verso le libere creazioni — L' apostolato della Cultura, non utilitaria, ma silenziosa ed eroica, s' impone. Bisogna tenere alto i valori supremi dello spirito. I vertici del lavoro intellettuale sostengono tutta la civiltà nostra: ne determinano i progressi, ne sono la vita ed il soffio animatore. Decadendo, portano a non lontana barbarie.

∴

Mi si perdonino queste divagazioni. Ma io volevo, ricordando l' Ideale che deve reggerne l' animo; io volevo porre in vista la finalità della esigua opera mia, fra le altre moltissime ed assai più cospicue e feconde — Per la Cultura, reputo, importante cosa vedere *quali lati della natura e degl' individui umani si facciano evidenti, mercè l' analisi psicopatologica estesa* — Ho detto, che non è possibile « tutto di un pezzo » spostarsi dalla Clinica mentale e dalle in-

(1) Vedi il mio studio precedente: *Aperçu critique sur l' Histoire de la Médicine mentale* — nel Traité intern. de Psychologie pathologique — sous la dir. du D.r A. Marie — Tome I — Alcan éd. — Paris.

duzioni sue; non è possibile spostarsi, muovere da essa *nell' intimo* degli individui e delle collettività umane, che vivono nel mondo sociale, al presente, o vissero un tempo. Per andare dalla Psichiatria alla Storia ed a Scienze affini, è necessario salire a vedute *generali* e *comprensive*. Dico a vedute *generali*, superiori, e *comprensive* nel tempo medesimo. Esse gli aspetti morbosi e quelli normali di una personalità abbracciano in una zona unica di appercezione: tentano di fissare la oscillante linea sottile, che i due aspetti divide. Solo così potremo ingranare la Psichiatria nelle Scienze morali, *ricostruendo* individui e collettività umane, cercando delle loro *azioni* e dei loro *pensieri* qualche *causa* o *nota interiore* e profonda — Nel culmine della follia tutti gli aspetti psicologici di un uomo sono gravemente dissoluti, sospesi, sono tanti non *valori* per la vita pratica, effettuale del mondo. Se dalla follia, grave ed estesa, ci spostiamo verso le semifollie, o verso le anormalità psichiche, od i fugaci e transitorî disordini mentali, vediamo ben altro. La limitata, riposta o latente variazione morboso-psichica s'insinua (direi) nel *tutto fecondo di una personalità*: a questa dà modi, effetti, sembianze caratteristiche. Sorge così vicino alla Psicologia morbosa o patologica *centrale*, una Psicologia, patologica e concreta in una, una Psicopatologia *marginale*, d'alta importanza per noi tutti, per il magistrato, per lo storico, per l'educatore, il politico e via.

Gli alienisti hanno tentato queste connessioni, genialmente talvolta, ma un pò a caso, senza dapprima elevarsi ad una *concezione unitaria di Metodo* — Il mio discorso ha detto soltanto qualche cosa intorno al Metodo. Certo, ne ha dimostrato tutta la complessità e le incertezze. Chè si dispiega esso per la selva selvaggia di Scienze in formazione, di fatti dubbi e mobilissimi, di dispute interminabili — Occorrono critica ed avvicinamenti d'idee: occorrono evocazioni di stati psichici, varî e di esperienza non sempre agevole — E' quanto vedremo ancora nelle future Conferenze — Durante gli scorsi anni ho per questa via studiato le azioni ed i soggetti *criminali*. Ora cercherò, con le ultime e con gli ultimi, cercherò di estendere l'ambito di ricerca e constatazione. Nulla di peregrino: molto di comune e di antico, pensato novellamente, novellamente vissuto.

V°. CONGRESSO PELLAGROLOGICO ITALIANO

BERGAMO 9 - 10 - 11 SETTEMBRE 1912

Intossicazione pellagrosa ed ipersensibilità agli estratti acquosi di mais sano

PEL

Dott. Dario Valtorta

Del Manicomio Prov. di Como

Nella discussione ch' ebbe luogo all' ultimo congresso pellagrologico sui fenomeni anafilattici nei pellagrosi in seguito all' iniezione sottocutanea di estratto acquoso di mais guasto (1), il CESA BIANCHI riferiva alcune mie osservazioni eseguite con estratto acquoso di mais di buona qualità, da lui preparato nella clinica delle malattie professionali in Milano (2).

Espongo in questa nota i risultati di quelle mie indagini.

L' interessante questione dei rapporti fra alimentazione maidica e pellagra, studiata diffusamente in questi ultimi tempi con metodi sopratutto sierologici, ripresa di recente dal VOLPINO e dai suoi collaboratori sotto un aspetto nuovo, (3) mise in evidenza, com' è noto, una serie di singolari fenomeni anafilattici ed in genere di ipersensibilità.

Nel campo clinico il VOLPINO trovò che l' iniezione sottocutanea di una piccola quantità di estratto acquoso di mais guasto nei pellagrosi suscita disturbi locali e generali diversi, talora assai intensi;

(1) Atti del Vo Congresso pellagrologico italiano pag. 261, Udine: Fratelli Tosolini, 1912.

(2) Idem idem pag. 266.

(3) VOLPINO — MARIANI — BORDONI — ALPAGO NOVELLO — Prima serie di ricerche sperimentali sulla Pellagra — Riv. di igiene e sanità pubblica A. 1912 — Atti del V. Congresso pellagrologico (l. c.).

negli individui non pellagrosi, che faccian uso di mais, non li suscita che in via eccezionale, e giammai li risveglia in individui sani, o affetti da altre malattie, nella cui alimentazione non figuri il mais.

L' iniezione di estratto acquoso di mais sano non provocherebbe invece in nessun caso disturbi di sorta, neppure nei pellagrosi conclamati. Si tratterebbe quindi di fenomeni analoghi a quelli che si osservano trattando colla tubercolina i tubercolosi, colla malleina gli animali mocciosi ecc., ond' è che secondo l'A., il fenomeno potrebbe assumere importanza oltre che clinica, diagnostica e profilattica.

Le esperienze del VOLPINO trovan conferma in altre analoghe eseguite a Firenze dal RONDONI per incarico del LUSTIG (cit. VOLPINO — Atti del Congresso pellagrologico).

CESA BIANCHI e VALLARDI trasportarono lo studio dal campo necessariamente ristretto della clinica a quello più ampio e più libero della ricerca sperimentale, ed eseguirono sulle cavie una serie estesa di indagini (4).

Col preciso scopo di vedere se e come gli animali sperimentalmente sottoposti ad alimentazione maidica reagiscono di fronte ai diversi estratti (acquosi, eterei, alcoolici) degli stessi campioni di mais usati per l'alimentazione, trovarono che le cavie alimentate in prevalenza, o solo in parte col mais, reagiscono intensamente a tutti gli estratti di mais non solo guasti, ma anche buoni. L' iniezione nelle vene o nel peritoneo, anche in dosi piccolissime, sopratutto di estratti acquosi spiega un' intensa azione generale contraddistinta da fenomeni di eccitazione prima, poi da paralisi, disturbi del respiro, ipotermia, seguiti spesso da morte con tutti i fenomeni dell' anafilassi attiva, mentre i controlli non danno nessuna reazione, neppure se iniettati con dosi molto maggiori, a meno che si raggiunga la dose tossica. Tali reperti mentre indirettamente convalidano le vedute del VOLPINO, se ne scostano sotto due aspetti: sulla specificità del fenomeno inteso in senso stretto, e limitato ai pellagrosi, e sull' esclusiva azione degli estratti di mais guasto. Osservazioni fatte dal CESA BIANCHI nel campo clinico, con estratto di mais buono, in due pellagrosi ed in un in-

(4) Alimentazione maidica ed ipersensibilità agli estratti di mais — Pathologica. Luglio 1912.

dividuo ad alimentazione maidica confermarono i reperti sperimentali. Tutti e tre diedero reazione locale e generale positiva (Atti del V° Congresso pellagrologico l. c.)

Ho eseguito le mie indagini con estratto acquoso di mais buono gentilmente favoritomi dal Cesa Bianchi, da lui preparato, nelle migliori condizioni, con tecnica rigorosa, e filtrato attraverso candela Chamberland. Ho preso in esame cinque alienati in stato di salute fisica soddisfacente, e sette pellagrosi in varie fasi della malattia. A tutti ho praticato un' iniezione di 1 c. c. di estratto acquoso, esaminandone quindi la reazione organica e psichica, e misurandone ogni due ore la temperatura.

Ecco i singoli casi clinici coi risultati dell' esperienza.

Caso I. — D. S. (C. 3013) Da tredici anni nell' Istituto — Sindrome demenziale — Salute fisica buona — 21 Agosto — Iniezione alle ore 11 — Temperatura massima C. 37, 1 alle 23.

Caso II. — M. C. (C. 4528) Nell' Istituto da sette anni — Sindrome demenziale terminale — Condizioni fisiche buone — 21 Agosto — Iniezione alle ore 11 — Temperatura massima C. 37, 6 alle 19.

Caso III. — C. V. (C. 5441) Ricoverato da quattro anni — Mentalità imbecillesca con ipotiroidismo — Condizioni fisiche ottime.

4 Settembre. Iniezione alle 18 — La temperatura sale lentamente, ma in modo progressivo fino a raggiungere i 38, 3 alle 14 del giorno dopo— Quindi lisi — L' ammalato ha nottetempo cefalea e nausea.

Caso IV. — T. F. (C. 3741) Da dodici anni ricoverato — Sindrome ebefrenico catatonica — Fisicamente condizioni buone.

6 Settembre — Iniezione alle 10 — Temperatura massima C. 37,6 alle 22.

Caso V. — P. A. (C. 4835) Nell' Istituto da cinque anni — Sindrome ebefrenico catatonica — Fisicamente condizioni floride.

6 Settembre — Iniezione alle 10 — Temperatura massima 37,3.

CASO VI. — G. N. (C. 5911) Eredo pellagroso. Nutrizione a prevalenza maidica. Mentalità seminbecillesca. Sviluppo fisico manchevole — Episodii di depressione allucinatoria forse suscitati dall' alcool — « Sindrome prepellagrosa. »

6 Settembre — Iniezione alle 10 — Temperatura C. 38, 1 alle 24, quindi crisi con cefalea protratta.

CASO VII. — D. L. (C. 5880) Eredopellagroso. Alimentazione quasi esclusivamente maidica. Condizioni gastroenteriche malferme — Lieve eritema.

19 Agosto — Iniezione alle 10. Temperatura: 37, 5 alle 14: 38, 4 alle 16; 38, 8 alle 18, quindi lisi con tre scariche e cefalea.

CASO VIII. — N. M. (C. 5908) Eredopellagroso. Alimentazione a base di idrocarburi. Eritemi, gastralgie.

Eccitamento maniaco.

18 Agosto — Iniezione alle 10 — Temperatura massima 37, 8 alle 18.

CASO IX. — S. A. (C. 5441) Eredopellagroso. Tre volte recidivo. Sintomi cutanei e gastro enterici di pellagra inveterata. Accentuati fenomeni di indebolimento mentale.

18 Agosto — Iniezione alle 10. Temperatura massima C. 37. 6 alle 18. Nausea, gastralgie, cefalea.

CASO X. — V. P. (C. 4614) Eredo pellagroso — Disturbi gastroenterici; eritemi. Sindrome depressiva confusionale.

16 Settembre — Iniezione alle 10 — La temperatura sale progressivamente sino a raggiungere i C. 38,7 alle 24. Contemporaneamente si ha intensa cefalea, quindi defervescenza litica.

CASO XI. — V. L. (C. 5863) Pellagroso inveterato sofferente di stomaco e di intestino — Sindrome depressiva onirica.

6 Settembre — Iniezione alle 10 — La temperatura sale sino a raggiungere i C. 38, 4 alle 22, quindi lisi.

CASO XII. — P. C. (C. 5591). Sindrome demenziale pellagrosa classica, con intercorrenti episodii d' ansia fra i più tipici.

4 Settembre — Iniezione alle 18 — Alle 22 la temperatura sale a C. 39, 4. Notasi cefalea, senso d' oppressione, dispnea, prostrazione generale, fenomeni tutti che si protraggono durante lo sfebbramento che ha luogo per crisi e con diaforesi. In questo caso si resero necessarii gli eccitanti. L' eritema assunse una singolare lucentezza.

Riassumiamo i risultati in una tabella.

CASI	DIAGNOSI	INIEZIONE	TEMPERATURA MASSIMA	FENOMENI LOCALI E GENERALI
I.	Demenza precoce	1 c3	37,1	
II.	idem	»	37,6	
III.	Frenastenia	»	38,3	Cefalea, nausea
IV.	Demenza precoce	»	37,6	
V.	idem	»	37,3	
VI.	Sindrome prepellagrosa	»	38,1	Cefalea protratta
VII.	Forma lieve	»	38,8	Cefalea, diarrea
VIII.	idem	»	37,8	
IX.	Forma media	»	37,6	Nausea, cefalea, gastralgia
X.	idem	»	38,7	Cefalea
XI.	Forma grave	»	38,4	
XII.	idem	»	39,4	Prostrazione generale

L'iniezione di un centimetro cubo di estratto acquoso di mais buono mi ha dato dunque i seguenti risultati:

A) Reazione lievissima, dubbia, in due individui non mangiatori di mais, in buone condizioni di salute fisica: reazione positiva con cefalea ed ipertermia in un caso; negativa negli altri.

B) Tutti i pellagrosi esaminati hanno dato reazione positiva; in tutti v'ha ipertermia; in cinque si osservano fenomeni di indole generale, che nell'ultimo caso assumono una vivezza degna di considerazione. Cosicchè frattanto non sì agevolmente ho potuto estendere le indagini.

Sicchè concludendo, se a tutto rigore i miei reperti vengono da un lato a confermare le vedute del VOLPINO, d'altra parte se ne allontanano, e confermano i reperti sperimentali di CESA BIANCHI e VALLARDI, in quanto risulta da essi che anche l'estratto acquoso di mais sano, alla dose di un centimetro cubo, risveglia nei pellagrosi, e non solo in essi in modo specifico, quei fenomeni anafilattici che l'A. riterrebbe dovuti solamente all'azione degli estratti di mais guasto. D'altra parte è opportuno qui ricordare anche le recenti osservazioni del D.r ALVISE (5) per le quali l'estratto acquoso di mais guasto sarebbe tossico e pei pellagrosi, e per gli individui immuni da pellagra e da ogni altra affezione fisica.

(5) L'estratto acquoso di mais guasto come mezzo diagnostico di pellagra. Riv. pell. italiana. Nov. 1912.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

PSICOANALISI ED ISTERISMO (*)

pel

Dott. M. Levi Bianchini
Libero Docente

Mentre le idee di Charcot sull'isteria cominciavano, per opera di Bernheim e Janet soprattutto a subire la benefica prova del tempo, dell'integrazione, della revisione; una dottrina sorta nel 1893, prima timida, poi quasi dimenticata, poi maturatasi con studio e pazienza da certosini, veniva diffusa verso il 1905 nel mondo scientifico e conquistava, in pochi anni, una posizione invidiabile nel campo della psichiatria anglosassone.

La dottrina di Breuer e Freud, conviene riconoscere, segna una delle più ardite organizzazioni di analisi psicologica e psicopatologica che siano mai state tentato: e se infossa le prime radici fino agli arcaici sepolcreti dell'ispirazione ippocratica, si connette intimamente, con le più giovani membra, alla dottrina ben più solida e moderna di Pierre Janet.

La psicoanalisi di Breuer e Freud, alla quale quest'ultimo ha portato il massimo contributo, è stata maturata con metodo paziente, ha gettato delle fondamenta assai profonde: così che anche senza esser sistematicamente accettabile come mezzo di studio specifico di molte entità psicopatiche e psiconeurotiche, assume un valore preponderante quando sia designata ad indicare una direttiva generica e generale delle indagini analitiche sulla coscienza sia normale che malata.

Le origini storiche della dottrina sono molto recenti e note a tutti: il programma e la via già percorsa dalla prolifica corrente di idee freudiane sono riassunti dal Maeder (32), un loro intelligente e convinto seguace, in brevi ed interessanti righe che non è inutile riferire.

(*) Dall'opera del Dott. M. Levi Bianchini: " **L'Isterismo dalle antiche alle moderne dottrine** „ — Fratelli Drucker editori, Padova 1913, 1 vol. in 8.

*
* *

“ E' un fatto di osservazione comune, dice il MAEDER, che molte persone dimostrano grande interesse ai loro sogni; cercano di rievocarli ed interpretarli, ne parlano volentieri con gli amici. Il sesso debole presta ai sogni maggiore attenzione del sesso forte, ritenuto meno curioso. Le persone nervose si concentrano lungamente nell' esame dei loro sogni, delle loro idee fisse, delle loro fantasticherie in stato di veglia; un ossessivo rumina per delle ore sul significato di una questione che a qualunque altro sembrerebbe semplicissima; un alienato consacra ad un'idea delirante la parte migliore del suo tempo e della sua attività; sacrifica a questa la salute, il patrimonio, la posizione, talvolta la vita. Tutti questi fenomeni psichici hanno, per questi malati, una grande importanza soggettiva; rappresentano per essi un “ valore „.

I medici ed i psicologhi non hanno tenuto finora il dovuto conto di questo “ *valore* „. Essi dimostrano, sotto questo punto di vista, una certa trascuratezza di fronte ai loro malati. Ciò che non comprendono, trattano con indifferenza. La risposta del medico alle querimonie di un' isterica o alla esposizione minuta dei conflitti morali di un ossessivo è molto spesso di una semplicità e superficialità stupefacenti: una parola di consolazione e nulla più, per dissimulare la noia, od un gesto evasivo. Non attendendosi di trovare un *significato nascosto* dietro queste lunghe tirate, il medico non trova la pazienza necessaria per ascoltarli fino al fondo e, spesso, per comprenderli. Egli teme il malato o la malata che ritornano così spesso da lui e gli rubano tanto tempo utile e si sente tanto più a disagio di fronte a loro quanto meglio comprende la propria impotenza davanti a simili stati nervosi. L'arte medica ha messo a sua disposizione una serie di procedimenti sbrigativi, che lo aiutano a trarsi d'imbarazzo pur essendo ben poco efficaci (elettricità, calmanti, e così via).

E' invece una tendenza relativamente moderna nelle scienze mediche quella di sapere attendere il momento favorevole per l' intervento: la chirurgia, l'ostetricia, l'osservazione generica del malato ne hanno già tratto grande profitto. Il medico ripone oggi sempre maggior fiducia nei fenomeni di *difesa naturale* dell' organismo; rispet-

ta di più le reazioni spontanee che cerca anzi di aiutare: non ha più tanto, come una volta, l'illusione della sua potenza personale, ma riconosce meglio le vie della natura. Questa tendenza solo oggi incomincia a farsi strada in nevrologia e in psichiatria, per opera soprattutto della scuola psicoanalitica.

Il vantaggio di un tale procedimento è evidente. Non soltanto i fatti e i gesti del malato, ma le sue minime parole assumono il significato di un *segno* che merita di venir registrato; le lunghe lamentele del malato non sono più ragione di tedio, ma elemento di studio e di curiosità scientifica. Lo stimolo dell'interesse anima il ricercatore: la scienza e l'arte di guarire ne traggono un profitto insperato.

Un medico viennese, il professor FREUD, allievo del grande maestro CHARCOT, è entrato risolutamente in questa via da una ventina di anni a questa parte. Egli ebbe la pazienza di consacrare ogni giorno un'ora intera per dei mesi, qualche volta per più di un anno, allo stesso malato, facendogli raccontare per lungo e per largo le sue miserie, i suoi errori, le sue speranze. L'interesse personale nato da relazioni così continuate facilitava di molto l'intimità; cosicchè queste comunicazioni finirono per rivelare tutto un mondo di osservazioni nuove e di relazioni inattese fra la vita del malato ed i suoi sintomi morbosi. FREUD apprese dai suoi malati l'importanza che per la loro vita interiore hanno i sogni e tanti altri fenomeni psichici fin'oggi trascurati: osservò la loro concatenazione e la loro stretta compenetrazione con la personalità e fu obbligato di intraprendere uno studio approfondito; ma grazie alla profonda conoscenza della vita del soggetto, gli fu possibile di interpretare molte manifestazioni oscure del subcosciente e dimostrare la loro influenza sull'attività cosciente. Le reazioni dell'individuo che sembrano costituire ad un esame superficiale, un parapiglia inestricabile, si trovano invece a formare un raggruppamento organico a tendenze ben marcate. L'idea di sviluppo, di evoluzione individuale, assume sotto l'impulso delle ricerche di FREUD e sua scuola una forma più precisa e consistente: essa passa dal dominio dell'ipotesi a quello della conoscenza positiva.

FREUD ha denominato il suo metodo "*Psicoanalisi*": ha contribuito senza posa a svilupparlo da una ventina d'anni in qua, ad estenderlo a nuovi dominii della psicologia: lo ha applicato successivamente allo stato mentale degli *isterici*, degli *ossessivi*, dei *paranoici*; alla psi-

cologia dei *sogni* e della *imaginazione*, a quella di certi disturbi riuniti sotto il nome *psicopatologia della vita quotidiana* (certe forme di obiio, lapsus linguae e calami, storditezze diverse (maladresses).

Una scuola si è insensibilmente formata attorno a lui, allargando sempre di più gli studii magistrali del neurologo viennese; il punto di vista psicoanalitico si è dimostrato fecondo nell'esplorazione psicologica della *demenza precoce*, della *psicosi maniaco-depressiva*, dell'*epilessia*. Ben presto il dominio della psicopatologia divenne troppo ristretto; il metodo fu applicato allo studio della *psicologia infantile*, a quella dell'*artista*, alla *mitologia*, alla *storia delle religioni*.

La scuola psicoanalitica dispone di una bibliografia già molto estesa (1-146); pubblica in tedesco tre grandi periodici: gli *Annali* (*Jahrbuch*); il *Zentralblatt* mensile, un'altra rivista mensile: "*Imago*,, , che è consacrata all'applicazione della psicoanalisi alle scienze non mediche. Gli stati Uniti d'America formano, con la Svizzera e l'Austria i centri attuali del movimento, che si estende rapidamente. I paesi della lingua latina sono rimasti finora indifferenti: le difficoltà della lingua ne sono per buona parte la causa. I lavori psicoanalitici sono difficili a leggere: la letteratura dà un' idea molto incompleta ed in parte falsa della cosa: bisognerebbe scrivere tutta una psicologia del movimento psicoanalitico, per arrivare ad intendersi.

Le ricerche di FREUD hanno incontrato nei circoli ufficiali una grande resistenza, le cui cause sono molteplici. Il metodo è di un'applicazione difficile e delicata, la materia molto complessa, visto che sta in giuoco la psicologia integrale di un individuo. I risultati non si lasciano riassumere in poche formole facili ad essere imparate a memoria: danno spesso una impressione di sorpresa, ciò che in parte dipende da una difettosa esposizione del soggetto.

Ma oltre all'inerzia, un altro fattore importante dell'atteggiamento negativo della critica è costituito dall' attuale orientazione (essenzialmente morfologica e fisiologica) della nevrologia e della psichiatria tedesca: il punto di vista psicologico è ancora notevolmente trascurato. Poi, l'importanza data da FREUD all'elemento *sessuale* nella psicogenesi delle affezioni nervose, ha provocato una grande resistenza di ordine più soggettivo che scientifico. Non si è voluto accettare la sessualità nel significato *largo* che le attribuisce FREUD e per ciò non la si è compresa: e si è commesso un patente errore

di metodo, condannandola a priori, per i suoi risultati, senza controllarli. FREUD ha lavorato con una pazienza modello, e lo si è giudicato con un tratto di penna. Lo si è giudicato, senza tentare di assimilarsi il suo metodo di ricerca. Eppure nessuno oggi si azzarderebbe di contraddire un istologo, prima di avere appreso l'uso del microscopio ed aver pazientemente studiato i preparati. In psichiatria invece, si vorrebbe dimostrare aprioristicamente che i risultati di FREUD sono falsi„.

∴

Il primo germe della dottrina psicoanalitica di FREUD si trova nel "*metodo catartico*„ di BREUER, scoperto ed applicato casualmente, e per merito della stessa paziente, su di un'isterica di 21 anni, intelligentissima, semisonnambolica, che BREUER curò e guarì tra il 1881 e il 1882. E' questa pure la ragione storica per cui la psicoanalisi fu anzitutto svolta e studiata come teoria dell'isterismo: a proposito della quale BREUER e FREUD stessi pubblicarono nel 1895 la loro opera fondamentale: "Studien über Hysterie„, che rimase per molti anni dopo quasi abbandonata (1-2).

In questa (ed in una serie più recente di cinque conferenze tenute da FREUD [16] all'Università di Worcester Mass nel 1909), si trovano descritti i casi-tipo che stanno a base della loro teoria; primo fra tutti quello di BREUER, che segna l'origine del metodo catartico, abbandonato in seguito a favore del metodo psico-analitico di FREUD, propriamente detto.

Caso di BREUER. La signorina Anna O. di 21 anni, a tara ereditaria neuro-psicopatica piuttosto grave, intelligentissima, presentò fra il 1880 e il 1882 una serie di gravi disturbi isterici psichici e somatici: emiplegia con contrattura ed anestesia destre: che passavano talvolta con gli stessi caratteri a sinistra; disturbi oculari motori e visivi; difficoltà di tener ritto il capo, tosse nervosa, disfagia, nausea al cibo ed incapacità assoluta di ingerire qualsiasi liquido a malgrado di una sete ardente: diminuzione della parola e della memoria sino a perdere la possibilità di parlare e comprendere la lingua materna: assenze, confusione, deliri, alterazione completa della personalità.

Avendo osservato che negli stati di assenza (crepuscolari) la paziente mormorava delle parole che davano impressione come se fossero collegate a dei pensieri remoti, BREUER la sottomise ad una specie di ipnosi e tentò di ripetere sempre queste stesse parole per ottenere la chiave della loro origine psicologica. L'esperienza riuscì. Nello stato ipnotico, le parole ripetute da BREUER come dei veri elementi induttori, rivelarono dei pensieri che la paziente poteva reprimere nello stato di veglia e che invece facevano capolino, nell'ipnosi, attraverso a quelle poche parole rivelatrici. Questi pensieri erano di varia natura, ora tristissimi ora poetici, costituenti le comuni « fantasticherie » giornaliere di ogni ragazza ed aventi per punto di partenza il periodo in cui la paziente era stata al letto del padre, malatissimo, che adorava, che aveva assistito con indicibile premura, e che era morto nell' Aprile del 1881, dopo una malattia di undici mesi.

(La morte del padre aveva certamente agito come un gravissimo trauma psichico sulla paziente (Stud. ü. Hyst, p. 16), ed i disturbi psiconeuropatici di costei si erano appunto iniziati contemporaneamente alla malattia di quello).

Non appena la malata, in ipnosi, aveva raccontato una serie di tali pensieri, si era, per dir così, sfogata o scaricata; stava subito meglio e ritornava spontaneamente allo stato normale. A questo primo benessere succedette una seconda assenza, che fu guarita allo stesso modo: così che BREUER trasse la convinzione che le assenze non fossero altro che le reazioni morbose determinate da queste rappresentazioni represse in veglia e dotate di un elevatissimo *valore affettivo* (carica affettiva).

La paziente stessa, che in questo periodo di tempo parlava a meraviglia e comprendeva l'inglese, diede a questo genere di trattamento il nome di *talking cure (cura delle chiacchiere)*, o, scherzosamente, *chimney sweeping (spazzatura del camino)*, che BREUER denominò, grecizzando, metodo *catartico* (metodo di spazzamento, di ripulitura: da *kathàrsis:* purificazione),

Procedendo nella cura, parve che da una tale «ripulitura» della psiche si potessero ottenere anche maggiori risultati nel campo di altri sintomi somatici dell' isteria; ogni qualvolta fosse riuscito nell' ipnosi, di far « *scaricare* » (*abreagiren*) una serie di stati emotivi, rintracciando il nesso causale fra questi e le corrispondenti manifestazioni patologiche.

Così infatti fu. Si era di piena estate e la malata, a malgrado del caldo canicolare e della sete ardente che l' opprimeva, si era trovata, da un momento all' altro, nell' impossibilità apparentemente immotivata, di bere. Se prendeva un bicchiere d' acqua in mano, lo respingeva, appena accostato alle labbra, come se fosse divenuta idrofoba: quindi cadeva per pochi secondi nell' assenza; e si era ridotta a tal punto da doversi dissetare con

frutta, meloni ecc. Passate così sei settimane, arrivò un giorno in cui, ipnotizzata, si mise a parlare della sua istitutrice inglese che odiava: e raccontò con l' espressione del più profondo disgusto che, essendosi recata un giorno nella sua stanza vide il suo piccolo e ributtante cagnolino bere in un bicchiere d' acqua, e per quanto ne avesse provato ribrezzo, nulla aveva detto per non sembrare scortese. Non appena la paziente ebbe raccontato con energia e con colorito tutta questa storia, chiese di bere, bevve senza esitazione una grande quantità d' acqua e si svegliò dall' ipnosi col bicchiere alle labbra. Dopo di ciò la malata era completamente guarita del intomo disfagia (Studien über Hysterie 2.e Aufl. 1909 pag. 26).

Così guarirono (furono *wegerzählt*, spazzati via col racconto dice BREUER ibid. p. 27) altri sintomi morbosi: la macropsia e lo strabismo rievocando gli sforzi che aveva fatto per reprimere le lagrime al letto del padre e per leggere le cifre dell'orologio quando quello le domandò una volta improvvisamente che ora fosse: la paralisi e contrattura del braccio destro rievocando tutta una specie di allucinazione in dormiveglia: di un serpente che voleva mordere il padre e del suo braccio che, steso sul bracciuolo della sedia invano ella aveva tentato d'innalzare, per scacciare il rettile, e che era poi rimasto paralizzato (ibid. p. 41); così guarirono tutti gli altri disturbi, pochissimi dei quali soltanto rimasero senza spiegazione.

Su questa ed altre osservazioni condotte con lo stesso metodo per dieci anni, BREUER e FREUD, che gli si era associato in tale studio, emisero nel 1893 la loro teoria sull' isteria (1) che poi FREUD da solo allargò e modificò in vari punti. Lo schema della teoria è il seguente:

Come la classica isteria traumatica sta in stretta dipendenza causale non solo del trauma provocatore, spesso insignificante, ma, e più ancora dello stato emotivo che lo ha accompagnato (paura, angoscia), così in base all' esperienza ed alla risoluzione catartica dei sintomi isterici, si può dimostrare che tutte le più svariate manifestazioni spontanee o idiopatiche della nevrosi (attacchi, contratture, anestesie, paralisi, nevralgie ecc.) stanno in analoga connessione con un trauma psichico pregresso, la cui azione varia secondo la propria intrinseca natura tonàle (paura, angoscia) e secondo la maggiore o minore impressionabilità del soggetto: per modo che alcune volte si trova nella

patogenesi un solo e grosso trauma, altre volte una serie di traumi parziali che sommano la loro azione in un determinato momento.

Naturalmente il trauma psichico non va inteso come un banale agente provocatore del sintomo isterico, il quale, una volta istituitosi diventerebbe indipendente e capace di fissarsi e riprodursi per proprio conto: ma avviene invece come se il trauma stesso, o il *ricordo* di esso, agisse da *corpo estraneo* nella psiche, mantenendo attivi anche molto tempo dopo la sua avvenuta penetrazione nella coscienza, il suo valore emozionale e la propria capacità isterogena. La constatazione di questo primo fatto ha, come si è visto, un alto valore pratico: perchè si è dimostrato con la *catarsi* che i singoli sintomi isterici scompaiono subito e senza ritorno, non appena si riesca di riportare in piena luce, a livello della coscienza il ricordo del pregresso psicotrauma, *accompagnato dalla sua corrispondente carica emotiva (Affektbetrag, Affektbetonung)* e quanto più il malato possa liberamente esporlo, sciorinarlo, in tutti i suoi dettagli ideologici ed emozionali. Se la rievocazione è scolorata e non emotiva, resta quasi sempre totalmente inefficace.

Questo avvenimento (trauma) che può sussistere anche dopo molti anni, nella coscienza, dove s'è piantato come corpo estraneo, non agisce però indirettamente col mezzo di una ininterrotta concatenazione di elementi associativi, ma direttamente, come causa determinativa (*auslösende*) precisa: allo stesso modo come, in piena coscienza, il ricordo di un dolore psichico provoca, anche molti anni dopo, le lagrime. Queste prime osservazioni autorizzarono gli Aa. a definire l'isteria come *malattia a prevalenza da reminiscenze o da simboli mnemonici (Erinerungssymbole)*. (*der Hysterische leide grösstenteils an Remniszenzen.* ibid. p. 4-5).

Sembra tuttavia sorprendente che avvenimenti così remoti possano ancora agire con tanta intensità e non siano soggiaciuti alla normale usura cui vanno incontro, generalmente, tutti i nostri ricordi. Ma ciò è dovuto al fatto che l'impallidimento di un ricordo e la perdita del suo valore emozionale dipendono anzitutto dalla *reazione* che all'avvenimento primitivo ha opposto l'organismo: reazione che è costituita da tutta una serie di riflessi volontarii o no, attraverso ai quali l'emozione originaria a loro connessa viene completamente a *scaricarsi* (*abreagiren*): racconto del fatto, pianto, confessione, offesa, vendetta,

" sfogo ". Questa reazione ha dunque, rispetto al psicotrauma od all'avvenimento emozionale un valore catartico, cioè neutralizzatore: in quanto serve a smaltirlo, a spazzarlo dalla coscienza ed a scaricarlo della sua *carica emotiva*. Se invece questa reazione non succede o è insufficiente, è chiaro che il ricordo dell'avvenimento conserverà, tutta o in parte, la carica emotiva stessa che rimarrà perciò immagazzinata (*eingeklemmt*).

Tuttavia questo meccanismo neutralizzatore non è unico: poichè il ricordo anche se non è stato abreagirt, neutralizzato, può ridursi spontaneamente, entrando nel grande complesso delle associazioni (molte delle quali anche antitetiche) e venendo a subire, per opera di altre rappresentazioni, una specie di correzione o di smorzatura: il cui risultato pratico e normale, è ad ogni modo, l'oblio e l'esaurimento del componente effettivo.

Ora l'esperienza ha dimostrato a Breuer e Freud: 1.° che i ricordi i quali possono agire come isterogeni si mantengono per molto tempo straordinariamente vivaci e con tutto il loro valore tonale; 2.° che, a malgrado di tale vitalità, questi ricordi allo stato normale del soggetto, non esistono, o appena sommariamente alla superficie della coscienza, mentre invece vengono rievocati, in tutta la loro freschezza, nello stato di ipnosi; 3.° che tali ricordi isterogeni corrispondono a traumi psichici (spesso sessuali) che per varie ragioni non sono stati, a loro tempo, sufficientemente neutralizzati (abreagirt).

Le ragioni di questa mancata neutralizzazione dei traumi emotivi si possono ridurre a due fondamentali; la prima si verifica quando la natura stessa del trauma esclude la possibilità di una reazione: come la perdita di una persona cara (?), il riguardo sociale nel reprimere le manifestazioni del dolore, la volontà stessa del malato a respingere dal campo cosciente l' avvenimento perturbatore di ordine sgradevole: la seconda quando la mancata reazione dipende invece da circostanze soggettive dell'individuo il quale si trova nell'impotenza di reagire adeguatamente: sia perchè in preda a forte spavento, o a stato depressivo, o in una specie di dormiveglia crepuscolare e così via.

Nel primo gruppo di fatti noi vediamo il soggetto stesso che vuol eliminare dalle sue associazioni coscienti gli avvenimenti dolorosi: nel secondo questa elaborazione associativa non è possibile perchè fra lo stato cosciente e lo stato patologico nel quale le rappresenta-

zioni traumatiche si sono svolte, non esiste un legame associativo sufficientemente continuo.

Naturalmente le due modalità ora descritte si possono trovare riunite; ma comunque sia esse hanno in comune il fatto che il trauma primitivo non ha potuto venir eliminato in totalità. in altre parole che le rappresentazioni divenute isterogene si sono mantenute vive e ad alta carica emotiva perchè ne è stata impedita la normale usura engrammica sia per insufficienza della neutralizzazione diretta, sia per la loro mancata riproduzione spontanea a titolo e negli stati di associazioni libere.

(" Man darf also sagen, das die pathogen gewordenen Vorstellungen sich darum so frisch ùnd affektkräftig erhalten, weil ihnen die normale Usur durch Abreagieren ùnd dùrch Reproduktion in Zùständen ungehemmter Assoziation versagt ist. ibid. p. 8 ,,).

∴

Da quanto è stato premesso, si rileva che esistono nell' isteria degli stati di coscienza nei quali certe rappresentazioni mentali, anche vivaci e durature, rimangono come isolate ed escluse dalle loro necessarie connessioni associative col rimanente campo della coscienza, venendo in tal modo a determinare una *dissociazione* della medesima. Questa dissociazione cosi evidente ed enorme nei classici casi di sdoppiamento della personalità esiste, secondo Breuer e Freud in ogni isterica: anzi il fondamento di questa nevrosi è costituito appunto dalla tendenza alla dissociazione psichica ed alla formazione di stati di coscienza anormali, che gli autori chiamarono " *stati ipnoidi* ,,.

Ad integrazione della frase comune " *l'ipnosi è un'isteria artificiale* ,, essi si ritengono autorizzati di affermare che " *fonte e condizione dell'isteria è l'esistenza di stati ipnoidi* ,, ; i quali possono associarsi scambievolmente fra loro, raggiungere anche un alto grado di organizzazione o si comportano allo stesso modo dell'ipnosi: che va da una semplice sonnolenza al sonnambulismo, dalla memoria più completa alla più assoluta amnesia.

Se questi stati ipnoidi esistono prima di qualsiasi manifestazione isterica, essi costituiscono l'elemento predisponente del determinismo isterogeno, cioè *l'isteria costituzionale*. Ma può succedere pure che

in un individuo normale, in occasione di un trauma grave, si produca un tale abbassamento dei poteri psichici di difesa che si determinino, con lo stesso meccanismo, dei raggruppamenti associativi ipnoidi; ed in questo caso ci troveremo di fronte all'*isteria acquisita*. Esiste naturalmente, fra queste due forme estreme, tutta una serie di passaggi che, in senso opposto, vanno dalla facilità di dissociazione della coscienza in un individuo alla intensità emotiva d'azione di un trauma occasionale.

Per quanto nulla si sappia su quali elementi genetici siano fondati gli stati ipnoidi, si può tuttavia osservare che essi si sviluppano anche in individui normali nelle così dette fantasticherie, stati sognanti in veglia, sogni ad occhi aperti (Tagträumen): facili a svolgersi nelle donne, costrette per lunghe ore ad un raccoglimento mentale durante i loro lavori a mano; od in occasione di stati affettivi protratti ed intensi (assistenza a persone care, preoccupazioni), quantunque non sia sempre del tutto chiaro il perchè le " associazioni patologiche „ che si svolgono in tali contingenze rimangano così fisse nella coscienza ed influenzino più attivamente delle altre comuni rappresentazioni, i processi somatici. Del resto questo problema è il problema stesso dell'ipnotismo.

Se però su questo punto poco ancora si può dire, è lecito invece illustrare l'apparente antitesi della definizione: " l'isteria è una psicosi „ col fatto che molti isterici sono individui lucidissimi, volitivi, di carattere, capaci di una critica perfetta. Egli è che in tali casi essi sono normali in veglia, alienati nei loro stati ipnoidi, come noi tutti lo siamo nel sogno: ma mentre le nostre psicosi oniriche non influenzano per nulla il nostro stato di veglia, in questa invece i prodotti degli stati ipnoidi penetrano ed agiscono come fenomeni isterici.

* * *

Quale è ora il meccanismo morboso per cui un ricordo assopito od uno stato ipnogeno, od un psicotrauma determinano l'accidente isterico e l'insorgenza dell'isteria?

In quello stato che noi chiamiamo di " normalità „ e che è condizionato ad una somma in parte ben nota di fattori strettamente

organici o psicogeni (circolazione, veglia, stimoli sensoriali, psichici e reazioni adeguate ecc.) l'attività cerebrale si trova in condizioni di *eccitabilità tonica* (*intrazezebrale tonische Erregung*), nella quale i processi psichici con i loro componenti associativi, affettivi, determinativi, e le corrispondenti reazioni agli agenti esterni o psicogeni stessi, si svolgono in un armonico equilibrio di simbiosi e di successione. E' questa la comune attitudine della cerebrazione che Breuer chiama: "*Tendenz zur Kostanterhaltung der intrazerebraler Erregung*", (ibid. p. 172).

Non è nemmeno necessario affermare che una gran parte, nel determinismo dell'equilibrio cerebrale, spetta agli stati emotivi in genere (*Affekte*) sia perchè spesso essi condizionano potentemente la vivacità e la durata delle associazioni e dei ricordi, come pure delle reazioni loro adeguate; sia perchè, con le alterazioni psicosomatiche loro consecutive, sono più che altri capaci di alterare il dinamismo biopsichico dell'intero organismo.

Ora tutti i disturbi dell'equilibrio psichico che diciamo "emozioni acute", sono accompagnati da una enorme esaltazione dell'eccitabilità cerebrale, senza che questa possa più ulteriormente trasformarsi in altri processi psichici compensativi o reattivi; perchè la "tensione intracerebrale", così provocata ha raggiunto un massimo insuperabile. E' necessario dunque, affinchè l'equilibrio psichico non venga più oltre offeso (nel qual caso l'emozione incapace di risolversi darebbe lo shock, lo svenimento, il divenir muti del terrore, ciechi della collera, spinti all'omicidio ecc.) che la tensione stessa si scarichi prontamente e neutralizzi per altre vie: ciò che, nell'uomo normale avviene attraverso alle vie motrici che servono a scaricare, attraverso al gesto, alla parola, alla reazione motrice in genere (che vengono perciò a funzionare come dei veri riflessi), questo eccesso pericoloso. E questo fatto è ancor possibile solo perchè esiste una concatenazione diretta e ininterrotta fra la rappresentazione originaria determinatrice, il suo stato emotivo e la capacità di reazione nella coscienza vigile.

Nell'isteria invece, sia perchè la coscienza è più o meno dissociata nello stato ipnoide, sia perchè appunto l'affetto per opera del trauma psichico si trova dissociato dalla rappresentazione cui è connesso, una tale scarica risolutiva non è originariamente possibile, ed il ricordo emotivo di quella, rimasto imprigionato (*eingeklemmt*) nella

coscienza, tanto più facilmente potrà ricomparire e determinare delle reazioni, per quanto essa si troverà associata alla sua "carica emotiva„ che come s'è detto, non ha potuto esaurirsi spontaneamente come riflesso motore e psichico. La prova di ciò sta nel fatto che il ricordo si rivela appunto attraverso a quelle parole slegate ed apparentemente immotivate che l'isterica pronuncia nell'ipnosi o in altro stato isterico spontaneo.

Ma è legge immutabile di energetica biopsicologica che ad ogni azione deve corrispondere, prima o dopo, la corrispondente reazione. Questa carica emotiva dunque, che non si è potuta incanalare per le vie naturali, deve trasformarsi in una reazione insolita, patologica: si "*converte*„ negli individui ad equilibrio cerebrale instabile od impressionabili, come gli isterici, in un fenomeno somatico (crisi, attacco motore, paralisi, contrattura) o addirittura quasi psicopatico, se non può convertirsi somaticamente (delirio, sonnambulismo, autoipnosi): si dice allora che si è istituito il fenomeno della "*conversione isterica*„ (*hysterisce Konversion* p. 180) la quale a sua volta potrà esaurirsi solo allora quando la ripetizione più o meno protratta dai fenomeni somatici che la compongono avrà condotto all'esaurimento completo della carica affettiva di cui era l'equivalente.

Conversione isterica è dunque la evoluzione patologica dell' affetto represso verso un sintomo motore: è il meccanismo intrapsichico del determinismo isterogeno ogni qualvolta (ma non sempre come voleva il Möbius) esso dipende da una rappresentazione emozionale shock (ideo-timogenesi).

Dato questo meccanismo genetico, la indicazione della terapia causale è una delle più chiare.

Breuer e Freud avevano, a loro grande sorpresa, verificato che i sintomi isterici scomparivano immediatamente e senza ritorno, quando si riusciva a ridestare in piena coscienza il ricordo dell' avvenimento causale accompagnato dal suo valore tonàle e quando il malato dava ampio e libero sfogo al racconto di quello e della emozione correlativa: riproducendoli, per così dire, allo status nascendi e mettendoli nelle condizioni più propizie per venir rapidamente esauriti secondo il normale meccanismo psicofisiologico.

Da questo rilievo obbiettivo e pratico, il metodo psicoterapeutico deriva per logica necessità.

Esso consiste nel distruggere l' azione latente e permanente della rappresentazione originaria non sufficientemente neutralizzata, riportandola a livello della coscienza normale (sia in ipnosi assai lieve che per suggestione medica) in modo che si determinino spontaneamente la sua correzione associativa ed il libero sfogo (scarica) verbale dell' affetto corrispettivo finora imprigionato (immagazzinato): grazie ai quali si ricostituisce il meccanismo psicofisiologico riflesso del suo completo e definitivo esaurimento.

(Sie (il metodo) hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagierten Vorstellung dadurch auf, dass sie dem eingeklemmten Affekt derselben den Ablauf durch die Rede gestattett, und bringt sie zur assoziativen Korrektur, indem sie dieselbe ins normale Bewusstsein zieht (in leichterer Hypnose) oder durch aërztliche Suggestion aufhebt, wie es im Somnambulismus mit Amnesie geschieht) p. 222.

* * *

Basandosi sulle due modalità del determinismo isterico, stati ipnoidi e immagazzinamento delle emozioni, Breuer e Freud ammisero inizialmente due modalità di isterismo: *l' ipnoide* e quello da *ritenzione*: il primo più particolare a soggetti facilmente dissociabili, il secondo reperibile in individui dotati di maggiore reattività ed intelligenza.

Ma questa distinzione, relativamente secondaria, fu abbandonata da Freud, staccatosi da Breuer, in favore della cosidetta *isteria di difesa* (Abwehr), trasformata ancora definitivamente in quella, che gli sembrò più precisa ma sostanzialmente identica, *isteria da reazione* (*Verdraengung-rimozione*).

Questo criterio si accompagna ad uno sviluppo nuovo e notevole di tutta la concezione sull' isteria e sulle psicosi degenerative (psicastenie e ossessioni) che egli riunì nel 1894 sotto il nome di *psiconevrosi da difesa*, (*Abwehrpsichoneurosen*): istituendo la dottrina propriamente detta della psicoanalisi, precisando la genesi dell' isteria nel campo dei *psicotraumi sessuali*, ed approfondendosi in una geniale e ardita analisi dell' isteria stessa sull' appoggio degli studi associazionisti di Jung (25-28, 36, 37) e su quelli, a lui più propri, del so-

gno e sua interpretazione, dell' incosciente, dello scherzo, della psicopatologia sessuale e della vita quotidiana (4-20).

Freud si convinse anzitutto che il metodo catartico, cioè della espulsione dei ricordi sgradevoli, era di una applicazione estremamente difficile. Non tutti i malati si lasciavano ipnotizzare; poi il trattamento diveniva veramente efficace solo quando si arrivava a mettere allo scoperto tutta la serie degli shock psichici, dal primo per epoca all' ultimo: e spesso l' attitudine passiva del soggetto rendeva una ricerca così complessa quasi impossibile (Kostyleff) 77): oltre di ciò l' essere il malato ipnotizzato poteva offrire il lato alla critica e far ritenere per artificiosi i risultati ottenuti.

Riconosciuta tali difficoltà sui propri malati, Freud rinunciò all' ipnosi e perfino alla suggestione, cercando di ottenere la rievocazione dei ricordi sprofondati nel subcosciente col mezzo di una semplice ma esatta concentrazione mentale ed attentiva. Faceva quindi abitualmente coricare il paziente sul dorso, sopra una sedia lunga, ad occhi chiusi: ponendosi dietro a lui alle spalle della seggiola ed aiutandolo a fissarsi nella rievocazione, col poggiare semplicemente la propria mano sulla di lui fronte. Ottenne così gli stessi risultati, con minor sforzo e spesso con maggiore rapidità: poichè, eliminato ogni stimolo esterno ed ogni pericolo di *direzione cosciente*, le associazioni espresse dal soggetto venivano a rappresentare i veri « valori naturali » ed a rilevare i « *complessi* » ad alto potenziale affettivo, che, una volta evocati e scaricati finivano per dare la guarigione del sintomo.

∴

Abbandonato dunque il metodo catartico, di difficile applicazione ed il concetto degli stati ipnoidi che parve superfluo ed imbarazzante, Freud sopratutto si rivolse all' analisi del subcosciente, che, cogli studi geniali di Janet sull' automatismo mentale e sull' isteria, apriva un campo nuovo e fecondissimo di ricerche. Egli aveva ancora appreso da Bernheim che i soggetti posti in istato ipnotico erano capaci di rievocare tutta una serie di ricordi che sembravano scomparsi dalla vita cosciente; che rimessi nello stato di veglia affermavano di

aver dimenticato quanto prima avevano detto, ma poi, stretti dalle domande, finivano per ripetere con tutta esattezza.

Agendo in modo analogo sui propri malati, FREUD si accorse, a malgrado della loro apparente amnesia, che i ricordi, lungi dall'essere scomparsi, esistevano in potenziale e pronti a venir riassociati nella coscienza: ma che una forza ignota ne impediva le esteriorizzazioni confinandoli nell' incosciente. Questa forza, direttamente dimostrabile con lo sforzo evidente che i malati compivano nella rievocazione, fu chiamata da FREUD *resistenza* delle imagini (*Wiederstand*) e lo sforzo opposto nel rievocarli e quindi espellerli, *Verdràengung*, cioè *rimozione, espulsione.*

Su questi due elementi fondamentali si basa il meccanismo inpsichico della sintomatologia isterica. Esaminando infatti il malato col metodo sopra accennato dell' interrogatorio, fu possibile a FREUD di scoprire che nel fondo dei ricordi sopiti esisteva sempre un desiderio insoddisfatto, che stava in acuto contrasto con gli altri desiderii e che si dimostrava incompatibile con gli altri componenti etici ed estetici della personalità. Si svolgeva di conseguenza nella psiche un acuto *conflitto* (*Konflikt*) fra opposti affetti il cui risultato ultimo era che la rappresentazione di questo inassociabile desiderio, comparente alla superficie della coscienza, trovava un ostacolo alla sua incorporazione, non veniva mai esaurito, anzi respinto.

Il motivo dunque della sua rimozione (*Verdràengung*) è un conflitto determinato dall' incompatibilità della rappresentazione con l'io: le forze repulsive (defensionali) sono i suoi componenti etici e tutti quelli che con la citata rappresentazione stanno in contrasto.

Questo concetto elementare sta a base dell' isteria e delle ossessioni e fobie che, come si è detto, FREUD raggruppò sotto il nome di: «*psiconevrosi da difesa*» (*Abwehrneuropsychosen*). Spieghiamolo un pò più largamente.

Negli individui normali, ogni rappresentazione accompagnata da un altro tono affettivo e perciò, secondo i casi, molesto o dannoso, viene spontaneamente neutralizzata od eliminata, come si è visto, sia associandola ad altri gruppi coscienti, sia scaricandola con una reazione adequata e definitiva. In altri individui, e per le condizioni che abbiamo già conosciute, questa idea permane, sia pur nel subcosciente: lo sforzo volitivo del paziente per cacciarla non è più sufficiente: ma

riesce tutt' al più a frazionarla, o separarla dal suo componente affettivo, o trasformarla in un' altra di minore intensità. La carica emotiva così rimasta, e costituita dal malessere (e dalla insoddisfazione) (*Unlust*), si risolve in due modalità patologiche: o si converte nel campo somatico, e dà luogo al sintomo isterico: o si trasporta in un altro campo psichico, collegando la rappresentazione ad altre indifferenti ma che per essa acquistano un nuovo abnorme valore, e dà luogo all' idea ossessiva, coatta. Caratteristica dell'isterismo sarebbe appunto, secondo FREUD, la disposizione dell' organismo alla convertibilità dei processi psichici in sintomi somatici: e questa ancora sarebbe la particolarità differenziale fra l' isterismo stesso e le altre neuropsicosi, nel resto affini.

Isterismo ed Ossessione sono dunque due psiconevrosi di difesa dell' organismo contro una rappresentazione emozionale resasi morbosa per eccesso di *ritenzione* da insufficiente neutralizzazione: ed il meccanismo patologico di « reazione » (Verdrängung) loro proprio corrisponde ai tentativi che il soggetto oppone all' idea estranea, per rimuoverla. Queste reazioni si traducono in sintomi morbosi : i quali sia nell' ambito somatico che psichico non sono che gli equivalenti, i *simboli mnemonici* (Erinnerungssymbole) della carica affettiva dell' imagine latente.

L' isteria sarebbe dunque il campo visibile di una battaglia psichica che si svolge nel subcosciente fra desiderii insoddisfatti, i loro conseguenti ricordi emozionali, lo strascico del malessere (Unlust) represso, messi in conflitto con i poteri opposti per sradicarli: da tale conflitto, non risolvibile con il meccanismo della comune emunzione psichica deriverebbero i sintomi isterici, veri *simboli o formati di sostituzione* (*Erzatzbildungen*), e, in ultima analisi, la *dissociazione della coscienza.*

Ma su questo punto le vedute di FREUD sono all'opposto di quelle di JANET. Mentre questi ammette nell'isteria un restringimento del campo della coscienza, dovuto ad un' insufficienza congenita della sintesi mentale (punto di vista statico), FREUD la ammette come un fenomeno dinamico, costituito dal conflitto morale svolgentesi nel subcosciente tra forze psichiche opposte: come la manifestazione di un processo attivo di contrasto di questi due gruppi di forze stesse;

la cui risultante è ad ogni modo il restringimento del campo mentale e l'abbassamento della tensione psicologica per assorbimento di una corrispondente quantità di energia psichica. Egli è tuttavia costretto ad ammettere nell'isteria una certa predisposizione soggettiva costituita, come vedremo in seguito, da un'attitudine di infantilismo.

Ritornando alla rappresentazione emotiva repressa, fulcro di tutte le ulteriori successioni morbose, FREUD osservò che essa non è sempre necessariamente unica o isolata: ma che può far parte di un *complesso* (Komplex) omogeneo di elementi, che vertono concentricamente verso un dato campo associativo (sessualità, desiderii ecc.) Questi *complessi* ai quali gli studii di JUNG (25-28, 35-37, 95-96) hanno dato un valore così notevole nella composizione della psiche e nell'orientazione del determismo psichico soggettivo, rappresentano le costellazioni ideo-emotive da cui partono i varii meccanismi isterogeni: e vengono rivelati con gli ingegnosi procedimenti induttivi del metodo " delle associazioni,,.

Così concepito il nucleo della psico-istero genesi, questa risulta costituita dal contrasto fra certe rappresentazioni raggruppate in complessivi affettivi e le idee estetiche e morali del soggetto, con cui sono incompatibili: così che quelle subiscono una ripulsione violenta, che provoca una *scissione intrapsichica*, cioè una differenziazione patologica fra il cosciente e l' incosciente. Un sintomo dei più comuni di questa scissione è appunto la classica amnesia.

Il processo di rimozione (che in francese è assai più acutamente espresso dal termine " refoulement,,) fa parte dunque di un vero *sistema di difesa volontario* dell'organismo; ed avrebbe un significato biologico paragonabile, per esempio, con la febbre, nella lotta dell'organismo contro l' invasione microbica, (MAEDER, 32).

⁂

Ma di quale natura psicologica sono le idee emozionali od i complessi determinatori dell'isteria?

Nell'esporre il concetto della neurosi da difesa, Abwehrneurosen, FREUD aveva già fatto una distinzione fondamentale fra i grup-

pi da cui risultavano composte: isteria e ossessioni coatte da un lato; fobie dall'altro.

Tutte si originano per il conflitto fra un'idea a forte contenuto emotivo e la reazione che le viene contrapposta: se la carica emotiva staccatasi dall'idea importuna trova un terreno di predisposizione originaria, si converte in sintomo motore e dà l'isteria: se manca tale predisposizione, tale carica rimane circoscritta all'ambito psichico, si associa ad un'idea affine e determina l'ossessione e la fobia.

Ma mentre nell'isteria e nell'ossessione il contenuto ideo-emotivo dell'associazione madre può essere assai vario (collera, rimorso, spavento ecc.) nella fobia esso è costituito esclusivamente da una rappresentazione sessuale che provoca uno stato più preciso di ansia e di angoscia (*Angst*).

Freud ammise dunque da principio che le fobie sono caratterizzate da uno stato ansioso generalizzato per opera di un'abnorme eccitazione sessuale, che può avere le sue origini più remote nella stessa infanzia; e che lo stato emotivo originario mantenutosi concreto, si traduca in fobia quando arrivi a fissarsi su idee le quali, per la loro natura o per particolari contingenze si prestino più delle altre a costituire l'oggetto appunto di una fobia. Egli attribuì anzi una tale indipendenza a questo meccanismo di produzione delle fobie e di altri sintomi nervosi analoghi (accessi d'ansia, cardiopalmo, vertigini ecc.) che li riunì in una forma a sè, denominandola " *nevrosi da angoscia*. (*Angstneurose*); ben distinta, per la natura della rappresentazione causale sessuale, dall'isteria e dall'ossessione.

Procedendo però nello studio sulla natura dei psicotraumi che determinavano l'isteria e gli stati affini; psicotraumi che, come si è detto, potevano essere di varia natura, (compresa ma non necessariamente la sessuale), Freud arrivò alla convinzione, dopo aver analizzati col proprio metodo 13 classici casi di isteria, che anche in questa gli avvenimenti più o meno remoti nel campo della sessualità avevano un'importanza preponderante nel determinismo fenomenico: ed affermò infine che causa unica e costante della psiconevrosi è esclusivamente un avvenimento, o per dir meglio un trauma sessuale.

"La indagine psicoanalitica riconduce in ultima analisi, con sorprendente regolarità, tutti i sintomi morbosi del malato ad impres-

sioni della sua vita sessuale: ci dimostra che i desiderii patogeni presentano il carattere di componenti dell'istinto sessuale, e ci impone di ammettere che, sì nell'uno che nell'altro sesso, i disturbi dell'erotismo (sessualità) esercitano un'azione preponderante nel campo degli elementi morbigeni„.

(Die psychoanalytische Forschung führt mit wirklich überraschender Regelmässigkeit die Leidenssymptome der Kranken auf Eindrücke aus ihrem Liebesleben zürück, zeigt uns, dass die pathogenen Wünschregungen von der Natur erotischer Triebkomponenten sind, ùnd nötigt uns anzunehmen, dass Störungen der Erotik die grösste Bedeùtung unter den zùr Erkrankung fükrenden Einflüssen zugesprochen werden muss, ùnd zwar bei beiden Geschlechtern). (Ueber Psychoanalyse — 2ᵉ aufl. p. 42).

Tutto il meccanismo patogeno e la conseguente sintomatologia dell'isteria e della psiconevrosi da difesa si riconduce dunque a psicotraumi sessuali, spesso dimenticati, ma sempre rintracciabili, con la rievocazione suggestiva e induttrice della psicoanalisi, fino nella prima infanzia.

All'obiezione già mossa a Freud, di dare al momento sessuale un'importanza esagerata nell'eziologia di questa neurosi trascurando tutti gli altri, l'autore risponde avergli dimostrato l'esperienza che questi ultimi momenti possono tutt'al più corroborare l'azione deldell'elemento sessuale, mai sostituirla: che questo è il solo e determinativo; e questa convinzione, non ancora formata nel 1895 quando studiava l'isteria con Breuer, si istituì sulla base esclusiva di numerose e approfondite osservazioni cliniche.

Freud infatti sostiene che se la psicoanalisi del soggetto si arresta all'epoca di origine dei primi sintomi morbosi comparsi, compie un lavoro parziale ed insufficiente. Essa deve invece estendersi in tutti i casi fino alla pubertà ed alla prima infanzia del soggetto: perchè solo in questo remoto periodo di vita si rintracciano quelle primissime impressioni che, sia pur sommerse nell'incosciente e nell'oblio, condizionano la impressionabilità del soggetto ai traumi consecutivi: impressioni o desiderii (Wunschregungen) che sono, in assoluta totalità (ganz allgemein) di ordine sessuale.

Freud paragona questo meccanismo morboso a quello che egli ha

ammesso per il sogno in una delle sue opere più originali; *Traumdeutung* (l'interpretazione dei sogni) (15). Anche il sogno non sarebbe che la realizzazione onirica di desiderii infantili non esauriti o, negli adulti, di desideri repressi. Esso avrebbe una funzione tipicamente protettiva, permettendo alle energie sviluppatesi nell'attività psichica, cosciente o no, della veglia, di scaricarsi attraverso ai simboli onirici stessi ed assicurando con ciò la continuità del sonno. In questo i materiali ordinarii che lo compongono non sono esclusivamente costituiti (per quanto ciò sia il caso più comune) da residui psichici cronologicamente molto prossimi: anzi la psicoanalisi vi scopre spesso dei materiali molto più remoti e risalienti fino all'infanzia.

Ma esiste una sessualità infantile?

Su questo punto, universalmente e solo con rare eccezioni denegato, FREUD rispose con un sì preciso. svolgendo, in tre monografie sulla teoria sessuale (13) una serie di idee arditissime, ma degne in ogni caso di un'attenta considerazione.

Il concetto di sessualità, secondo questo autore, va inteso in un significato amplissimo e teleologico. Esso comprende tutto ciò che si riferisce all'istinto per la conservazione della specie; ed il termine di " *libido* „ (edonismo sessuale) usato per esprimerlo, rappresenta non soltanto i componenti sessuali della vita psichica, ma tutti gli elementi più diretti, volitivi, emotivi e passionali della sfera genesica.

Il bambino trae seco fin dalla nascita le sue attività ed i suoi stimoli sessuali, dai quali, attraverso ad una serie di tappe e di lacune altrettanto numerose, deriva l'ultimo sviluppo della sessualità normale completa. Le manifestazioni di questa sessualità primordiale, che FREUD fissa già dal 3° al 5° anno di vita, non sono difficili a scoprire in varie abitudini del bambino, apparentemente indifferenti: il succhiarsi il dito, il toccarsi le parti genitali: come la psicoanalisi permette spesso di scoprire (87, 103) già in questa prima età, la formazione, in varii casi normali e patologici, di complessivi voluttuarii, eccitativi, conativi di ordine puramente sessuale.

Ma nella vita primitiva sessuale del bambino, (che FREUD riconosce *autoerotica*, a differenza della sessualità terminale, *eteroerotica*) esistono lacune profonde, veri periodi di amnesia, dovuti probabilmente sia al non interesse, sia ad altri ostacoli psichici opposti

ad una sua evoluzione continuativa (educazione, pudore ecc). Queste amnesie hanno dei notevoli punti di contatto con quelle dei neurotici, i quali, pur sembrando di aver perduti molti ricordi della loro vita sessuale, li ritrovano, se abilmente diretti, nel fondo della cosienza e in un'epoca che può risalire fino alla stessa fanciullezza. Si vede anche da ciò che il neurotico presenta quelle caratteristiche di infantilismo psichico che sarebbero l'elemento predisponente più adatto per l'istituzione degli accidenti isterici ulteriori.

L'isterismo nel concetto primitivo di Freud, è originato dunque da un avvenimento sessuale accompagnato, secondo la esperienza fattane, da due elementi condizionali: 1° esperienza materiale di rapporti sessuali con irritazione dei genitali: 2° comparsa di tale avvenimento nell'epoca prepuberale, cioè prima della maturazione. Questo avvenimento, che può scomparire dalla coscienza lascia però tracce durature nel subcosciente: e quando il soggetto giunge all'adolescenza, in cui la capacità reattiva della sfera genesica raggiunge la perfezione, questa traccia mnemonica comunque sia ridestata, per un nuovo trauma o no, viene ad agire in piena attività. Se il conflitto che ne deriva col meccanismo già noto è riferibile a correnti genesiche normali, avremo fenomeni di isterismo: se da esperienze pervertite o anormali, sia pur occasionali, avremo le psiconevrosi a tipo fobico e le degenerazioni psicosessuali.

Tuttavia Freud riconobbe che la vita sessuale infantile di persone sane non era, in modo assoluto, diversa da quella dei soggetti neuropatici, e che per ciò il ricordo represso della sessualità infantile stessa non bastava da sè solo a spiegare la sintomatologia isterica. Allora, al primo concetto di difesa passiva, sostituì quello di rimozione attiva, ammettendo che il sintomo isterico venga ad essere la conseguenza di un processo diretto e volontario di neutralizzazione dell'idea sessuale non soddisfatta e repulsa nel subcosciente; e che alla formazione del sintomo concorrano non soltando la predisposizione (costituzionale sessuale), ma anche l'insorgenza di “ *idee fantastiche* „ sviluppantisi parallelamente alla pubertà e serventi come anello di congiunzione fra la reminiscenza infantile e la manifestazione del sintomo.

E del resto la genesi isterica di conflitti fra reminiscenze sessuali

e l'Io non apparisce oscura se si ammette, con FREUD, alla "sessualità,, un potere di azione non soltanto morbigeno, ma ancora determinativo su tutta la cerebrazione normale. Una caratteristica sostanziale delle tendenze sessuali, ed alla quale FREUD dà un enorme valore, sarebbe appunto la loro " *sublimazione* ,, (*Sublimierung*). La sublimazione dell'idea sessuale sarebbe il potere che essa ha di trasformarsi in energie di altra natura, eventualmente anche non più sessuali, e nobili: imprimendo una direttiva potente all'ideazione ed alla fattività del soggetto: trasformando il proprio contenuto ed obbietto sessuale in uno scopo più lontano e socialmente superiore. A questo meccanismo — che si potrebbe dire il rovescio della medaglia — noi dovremo verisimilmente i risultati più elevati della cultura umana. (üb. Psycoanalyse p. 60-61).

*
* *

L'isteria, come è concepita da FREUD, costituisce una psiconevrosi generalmente occasionale, in cui la tradizionale predisposizione neuropatica ereditaria è quasi esclusa in favore di una più ristretta morbilità individuale, infantile o psicotraumatica, sempre di ordine sessuale e spesso prepuberale.

Sviluppatasi la pubertà e con essa l'amplissima sfera della vita erotica (libido), i ricordi sommersi o le nuove rappresentazioni si organizzano (con l'aiuto di una fantasia od una impressionabilità più o meno vivaci e profonde) in *complessi* ideo-emotivi inconciliabili con l'equilibrio psicodinamico della personalità spesso morale e convenientemente educata. Questa perciò è costretta ad operarne l'espulsione (sentimenti di vergogna, disgusto, oblio, sommersione) organizzando un lavoro emotivo-associativo, che viene a compromettere la libera evoluzione teleologica del sentimento psicosessuale stesso. Ne deriva un *conflitto* fra complessi sessuali e l'Io la cui conseguenza è lo scoppio della nevrosi. I sintomi esteriori e risolutivi di questa sono gli accidenti isterici: veri equivalenti, simboli o sostituiti riflessi della rappresentazione non esaurita o del psicotrauma sessuale non a tempo neutralizzato: in una parola, *rappresentazioni simboliche di un conflitto morale respinto nell'incosciente.* (MAEDER).

.·.

Esposta così per sommi capi la concezione di FREUD sull'isteria, conviene dedicare ancora qualche parola al trattamento curativo: perchè da esso appunto derivano tutti gli indirizzi e procedimenti che, nello svolgersi successivo delle idee, condussero l'autore, dallo studio puro dell'isteria, alla dottrina infinitamente più vasta del metodo psicoanalitico.

La psicoanalisi dell'isteria, risalendo alle origini più remote, prepuberali, della nevrosi, permette di scoprirne il nucleo primigenio isterogeno: lo mette allo scoperto, lo riallaccia ad associazioni coscienti — quasi come a un mordente che fissi la tintura, — e ne permette finalmente la scarica affettiva con la conseguente radiazione dal campo della coscienza.

Per raggiungere l'intento, FREUD, dopo aver abbandonato il metodo catartico, l'ipnosi, la suggestione, ricorre alla semplice "concentrazione,, del soggetto, come la più adatta a favorire la rievocazione dei ricordi. Gli espone il perchè del metodo e lo invita a raccontare senza esitazione e senza selezione tutto ciò che gli passa per la mente: anche le parole in apparenza più indifferenti e quei pensieri che pare sorgano improvvisi senza richiamo o motivo. Questi pensieri (*Einfäelle*), „ *spunti ideativi*,, come è preferibile chiamarli, ed ai quali FREUD dà una grande importanza, sembrano a prima vista intralciare il nesso di un'ordinata e intenzionale narrazione, perchè appariscono privi di un immediato significato. Ma poichè nessuna parola, che è un fatto psichico, può comparire senza motivo alla coscienza, così FREUD dimostra che questi "spunti,, debitamente registrati e riconnessi a costellazioni e a ricordi, servono non di rado come ottima guida allo scoprimento di associazioni latenti, di complessi sommersi; ed illuminano di gran luce molti lati della personalità, della sintomatologia e degli avvenimenti che a loro stanno connessi. Altro aiuto trae l'autore dall'interpretazione dei sogni (*Tramdeutung*); alla quale ha dedicato un'opera originalissima; altro ancora da quelli errori, sviste, lapsus linguae, scherzi, così comuni nella vita quotidiana e che ne costituiscono, con la frase stessa di FREUD, la psicopatologia corrente. (*Psycopathologie des Alltagsleben: Fehlhan-*

dlungen: Symptom-und Zufallshandlungen). Ma anche questi fenomeni più elementari della " dissociazione mentale normale e quotidiana,, hanno pure un alto valore simbolico-associativo; e come tutte le catene associative " apparentemente,, libere, presentano dei profondi legami col subcosciente, che occorre soltanto saper mettere in luce.

Per ciò il psicoanalista deve " intuire ,, le resistenze, evitare le false piste: deve egli stesso parlare con assoluta franchezza, sicurezza e calma. Deve essere sagace, inspirare e meritare la confidenza che esige dai propri malati, dimostrare un " tatto ,, delicato.

L'esperienza infatti ha dimostrato che i sentimenti di autorità, di rispetto, di confidenza verso il medico hanno una vera azione dinamogena nell'eliminare quelle difficoltà di fronte alle quali tutte le forze del malato si spuntano inutilmente: o che il malato arriva a sviluppare, attorno alla rappresentazione del medico una specie di vivace concentrazione temporanea della vita affettiva. Questo meccanismo di *transfert affettivo*, che FREUD ha appunto denominato *Uebertragung* (paragonabile all'inflenza sonnambolica descritta da JANET) ha per effetto che il malato " proietta ,, trasporta sul medico l'affezione e l'odio che egli ha provato anteriormente su altre persone: e si rende per ciò più accessibile alla confidenza, non solo; ma ciò che più importa, alla rievocazione dei ricordi. Il " transfert ,, avrebbe una importanza fondamentale nel meccanismo della associazione " libera ,, e perciò nella psicoanalisi: da ciò la necessità di ben conoscere questa tipica reazione affettiva dell'isterico, che lo rende così schiavo del proprio passato, che gli impedisce di adattarsi normalmente alla situazione attuale, e che è infine la conditio sine qua non di una vera rieducazione razionale.

Le ricerche psicoanalitiche dettagliate e prolungate dimostrano insomma l'esistenza di un *determinismo rigoroso* che domina la psicologia umana, come del resto tutti gli altri dominii della natura. Un'idea che sembra a prima vista una bizzarria o un prodotto del caso, assume spesso, al lume della psicoanalisi, il valore di " indice ,, di una tendenza incosciente che spesso non è difficile a scoprire: e questo fatto è più che mai comune nell'isteria nella quale la lotta continuata fra l'Io normale cosciente e certi elementi divenuti incoscienti ma pur tuttavia attivi, conduce sistematicamente alla " dissociazione mentale ,, . (MAEDER).

*
* *

L'isteria è dunque sempre, secondo Freud, una reazione patologica riflessa a rappresentazioni o psicotraumi sessuali: dappoichè ognuno di noi, come egli ritiene con Möbius e con Bernheim è, in germe, un pochino isterico, e la vita sessuale giuoca una parte enormemente vasta nel determinismo di tutta la nostra evoluzione somatica e psichica. All'obbiezione già mossa che non si possa ammettere una sessualità infantile — indispensabile per accettare la teoria freudiana — Freud risponde affermando che essa esiste sempre, in tutti. Ma anche ammessa questa ipotesi, che comincia ad aver vero valore verso appena il decimo anno di età, resta ancora poco giustificata la necessità imprescindibile che il meccanismo sessuale ed i suoi conflitti siano i soli e diretti generatori dell'isteria.

Sotto questo punto di vista la psicoanalisi pecca dello stesso esclusivismo imputabile alle idee di Babinski e perde tanto di valore quanto più pretende di acquistare in estensione. D'altra parte se i soli ricordi e i desideri sessuali debbono agire come conflitti, male si spiega come la massima parte delle ragazze puberi e per lunghi anni vergini, siano capaci, per inveterato adattamento evolutivo, di reprimerli sia pure con una vivace lotta interiore ma senza alcuna conseguenza patologica conclamata: mentre ammettendo l'universalità della genesi sessuale dell'isteria noi dovremmo trovare isterico almeno il settantacinque per cento delle ragazze nubili o delle zitelle, dei frati, preti e suore; ciò che non è. Freud, nel suo esclusivismo teorico mette troppo in non cale, da un lato, le naturali capacità difensive e risolutive del soma e della psiche; e trascura, dall'altro, troppo ad arte l'elemento neuropatico costituzionale, eredo-degenerativo, ben più esteso, facile a rilevare e non di rado essenziale nell'orientamento patogenetico di una nevrosi. Il porre a base dell'isteria una sfumatura di infantilismo psichico o di carattere sessuale è, credo, voler troppo semplicizzare una nevrosi che, appunto per l'enormità e polimorfismo dei suoi sintomi, è tanto complessa ed ha, quasi sempre, radici profonde ed estese.

Ma, oltre a ciò, perchè soltanto il psicotrauma sessuale deve determinare l'isteria, e non un qualunque altro psicotrauma emotivo? Eppure quanti mai altri traumi e complessi emotivi, capaci di dare acerbissimi e prolungati conflitti non esistono ancora nella vita umana di ordine egoistico, ambizioso, ideologico, interpretativo, ma totalmente all'infuori della sfera sessuale! Ora, dal momento che i conflitti ed i meccanismi repellenti sono certamente anche per questi identici (poichè la psiche, come vuole FREUD stesso, obbedisce a leggi e determinismi rigorosi) perchè anche questi non possono provocare l'isteria?

A nessuno può sfuggire l'unilateralità e la pericolosità delle vedute di FREUD sull'isteria. Se essa ha per base la sessualità, questa, sia maschile che femminile, a sua volta si fonda più sui genitali e sull'utero che non sul cervello: ed allora la dottrina di FREUD non è altro che la dottrina ippocratica con l'aggiunta di un tentativo di spiegazione patogenetica. Progresso davvero troppo meschino per un epigono pullulato a ventitrè secoli di distanza!

Per quanto si voglia accettare la sessualità infantile come prodromo somatopsichico della sessualità adulta, io credo che essa sia possibile solo come fatto di eccezione, come indizio di processi forse di semplice imitazione: ma assolutamente incapace di fissarsi con una vera tonalità genesica nella coscienza o nel subcosciente. Anche se un bambino, in cui la memoria è ancora rudimentale e appena sensoriale, subisce delle manovre sessuali passive, come può egli fissarle nella cerebrazione se non ne conosce il perchè e non ne può ritrarre soddisfazione? È ben difficile che la rappresentazione di una funzione si istituisca prima che questa funzione si sia formata: e nell'infante la funzione genesica, nel senso ed estensione di FREUD non esiste in modo assoluto. Secondo FREUD invece l'idea sessuale, già relativamente assai sviluppata, esisterebbe preformata all'organo maturato: ciò che è difficilmente accettabile: e l'utero riacquisterebbe tutta la sua importanza ippocratica: ciò che è pure estremamente discutibile. Nessuno certamente nega che la sfera sessuale integrale sia capace, con le sue malattie intrinseche di sede organica e con la insoddisfazione sessuale di dare una psicosi: ciò era noto agli antichi, alla psichiatria del 1800 che distingueva psicosi mestruali, della gravidanza, del puerperio, dell'età climaterica, ("follia simpatica" di LOISEAU)

è noto anche ai moderni che descrivono con un termine, solo d'occasione, le psicosi nuziali. (MARGARIA) (116).

Ma questo concetto che il Bossi ha oggi riesumato con i pochi pregi ed i molti errori è stato già estremamente bene precisato. Le malattie psichiche da lesa sessualità (organo sessuale e sfera psicosessuale) dipendono da alterazioni flogistiche acute endotossiche, o da alterazioni poliendocrine; altre volte da associazioni batteriche: sono o psicosi acute tossi-infettive od associazioni organiche locali che determinano l'esplosione di psicosi già latenti: manca ad esse qualsiasi carattere di cronicità che è così proprio invece dell'isteria e di altre psicopatie degenerative alle quali a torto il Bossi crede sistematicamente di attribuire un'origine uterina.

Certo io sono convinto che in casi estremamente rari una malattia psichica — sempre a decorso acuto o subacuto — può dipendere da una intossicazione generale partente da processi morbosi dei genitali e guarire con la guarigione di questi. Io credo anche che il disequilibrio psichico di varie isteriche può guarire col soddisfacimento sessuale (la cui insoddisfazione è, in ogni organismo normale, elemento per sè stesso di turbe e dolore): che perfino in alcune isteriche la genesi freudiana sia perfettamente applicabile e rintracciabile: ma ciò che mi sembra errore è voler fare, dell'eccezione, legge. L' isteria è essenzialmente una diatesi neuropsicopatica di cui gli accidenti sono le espressioni esterne: ma riunire diatesi, patogenesi, accidenti nella sola sfera sessuale mi sembra un'ipotesi ancora troppo poco dimostrata. Allo stesso modo, nessuno nega l'enorme importanza dell'ideazione e della psicogenesi rappresentativo-emotiva nell' isteria; ma elaborazione mentale non è soltanto elaborazione di complessi sessuali! Con un tale criterio il mondo ci dovrebbe apparire come un immenso lupanare, un tempio sterminato di Priapo, un'arena di Satiri, di Frini, di Messaline!

Ed infine, sulla base della teoria sessuale, riesce assolutamente inspiegabile l' esistenza chiaramente accertata dell' isteria in soggetti non solo perfettamente normali, ma addirittura frigidi; in altri a pieno soddisfacimento sessuale, in prostitute, nei senescenti: tutti individui nei quali i conflitti sessuali nè possono nè debbono logicamente esistere.

Vari autori, lo SPIELMEYER (107), l' ASCHAFFENBURG (47), l' ISSERLIN (55), il FRIEDLANDER (52) si sono schierati con critiche più o meno violente contro le idee di FREUD: il KRAEPELIN, nell' ottava edizione del suo trattato ha ammesso che i fatti sessuali indicati da FREUD come causa della nevrosi non ne siano che dei sintomi: JANET, al congresso di Amsterdam nel 1907 obiettò a FREUD di voler troppo generalizzare il valore del subcosciente elevandolo ad esponente esclusivo dell' isteria. « La dissociazione psicologica che caratterizza l' isteria può operarsi tra idee e renderle incoscienti, ma può portarsi anche su altri fenomeni e funzioni: e non è affatto dimostrato che l' isterismo prenda sempre e necessariamente questa forma di delirio subcosciente. La pretesa di spiegare la nevrosi isterica, così complicata e di una interpretazione così delicata, con questi disturbi genitali dell' infanzia osservati in qualche soggetto e che non hanno importanza se non in casi specialissimi, è assolutamente inaccettabile e paradossale. »

Altri autori invece, quali il BLEULER (21, 50) JUNG (37, 95, 96) ABRAHAM (45, 46, 84) RICKLIN (57) FÈRÈNCZJ (40) accettarono e sostennero le idee di FREUD con entusiasmo di neofiti e con grande competenza: ma costoro, giova notare, ben più che all'isteria (che per la psicoanalisi sembra un problema bell'e risolto) si dedicarono ad altre psicosi, alla morale sessuale, allo studio delle associazioni, del sogno, dell'attività artistica nei quali campi la psicoanalisi, sotto la spinta del suo fondatore prepara ed attende conquiste assai più durevoli.

E' innegabile tuttavia che le geniali ricerche di FREUD hanno rilevato l'esistenza di legami assai più stretti e molteplici di quanto si credesse, fra la sessualità e tutte le altre manifestazioni della vita affettiva. Ma se con ciò si è portato un reale e nuovo contributo alla conoscenza della psiche umana, il concetto che FREUD ha dato della sessualità è non solo eccessivamente ampio, ma anche assai indeterminato ed elastico perchè in esso vengono inglobate delle estrinsecazioni che per molti caratteri ne sono nettamente differenziate. (ASSAGIOLI).

La psicoanalisi, anche presa tutta a sè, è un metodo psicologico di estrema finezza e di grande difficoltà d'applicazione; e se costituisce per FREUD e quei pochi allievi che si sono mostrati capaci di

seguirlo, un merito reale, diventa però un grande pericolo per la costruzione di un edificio dottrinale e rivela una deficienza metodologica evidente, (MORSELLI). Non bisogna tuttavia dimenticare che la psicoanalisi è un metodo essenzialmente psicologico: che non può essere fissato nè in schemi nè in tabelle, nè in cifre (JUNG): che essa é appena all'inizio della sua vita scientifica, già rigogliosa ed esuberante, e che (a parte l'isteria da cui si è originata ma alla quale non è quasi mai applicabile come metodo specifico) ha dinanzi a sè ben altri ed incommensurati orizzonti.

A malgrado dunque di tante e così giuste obiezioni, il *principio informatore* della psicoanalisi nulla perde del suo alto valore di finalità: ed il numero delle vie che le sono aperte non può che aumentarne l'interesse e la portata psicologica. Esiste in essa sopratutto, afferma recentemente il KOSTYLEFF (71) a proposito dell'isteria, "un moyen de mettre à jour la nature motrice des phénomènes mentaux„: un mezzo per rilevarli spesso come dei semplici riflessi: cioè di dare un contributo preziosissimo fra tutti, agli sforzi più nobili e risolutivi dell'attuale psicologia obiettiva.

BIBLIOGRAFIA

Opere di Breuer e Freud

(1) BREUER ÙND FREUD — *Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomäne* — Neurologisches Centralblatt n. 1-2 1893. — (2) BREUER ÙND FREUD — *Studien über Hysterie* — Wien Deuticke 1895: 2ª ed. 1909. — (3) FREUD — *Quelques considérations pour une étude comparée des paralysies motrices organiques et hystériques* — Annales de Neurologie t. 26. 1893. — (4) FREUD — *Die Abwehr — Neuropsychosen* — Neurol. Centralbl. n. 10-11 1894. — (5) FREUD — *Ueber den Mechanismus der Zwangsvorstellungen und Phobien* — Wiener Klin. Woch. p. 25, 1895 (vedi anche Revue neurologique n. 2 1895). — (6) FREUD — *Weitere Bemerkungen über die Abwehr - Neuropsychosen* — Neurol. Centralbl. 1899. — (7) FREUD — *Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als " Angstneurose abzutrennen ,,* — Neurol. Centralbl. 1895. p. 50 — (8) FREUD — *L'hèrèditè et l' ètiologie des nèvroses* — Revue neurol. n. 6. 1896. (9) — FREUD — *Zur Aetiologie der Hysterie* — Wien. Klin. Rundschau — n. 22, 26, 1896. — (10) FREUD — *Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen* — ibid 1898 — (11) FREUD — *Zür Psychopathologie des Alltagsleben* Monatschr. f. Psych. ù. Neurol. 1901 — 4ª ed. 1912, Karger, Berlin. — (12) FREUD — *über Psychotherapie* — Wien. med. Presse 1905. — (13) FREUD — *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* — Deuticke 1905 — 2ª ed 1910. (14) FREUD — *Sammlung Kleiner Schriften zür Neurosenlehre* — Deuticke: 1-2 Reihe 1909-10. La 2ª serie contiene il Bruchstück einer Hysterie — analyse già comparso nella Monatsschrif f. P. ù N. del 1906. — (15) FREUD — *Die Traumdeutung* — Deuticke 3ª ed. 1911. — (16) FREUD — *Ueber Psychoanalyse* — 2ª ed. Deuticke 1912. — (17) FREUD — *Der Witz ùnd seine Beziehung züm Unbewussten* — 2ª aufl. Deuticke 1910. — (18) FREUD — *Der Wahn ùnd die Träume in W. Jensens " Gradiva* — Deuticke Wien. — (19) FREUD — *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci* Deuticke, Wien. — (20) FREUD — *Schriften zür angewandten Seelennkunde*, con lavori di FREUD (v. 18, 19) RIKLIN, JUNG, ABRAHAM, RANK ecc. (14 vol.) Deuticke, Wien 1908-1912.

---

(21) BLEUER ùnd FREUD — *Jahrbuch für psychoanalytische ùnd Psychopathologische Studien* — 2-3 Bd. 1909-1912. Deuticke-Wien. — (22) BLEULER — *Die Psychanalyse Freuds* — ibid. II, 1910 p. 623. — (23) BLEULER — *Affektivität, Suggestibilität, Paranoia* — Marhold. Halle 1906. — (24) BLEULER — *Dementia Praecox* — Deuticke 1911 — (25) JUNG: *Diagnotische Assoziationsstudien,* — Barth, Leipzig. vol. I, 1905, vol. II,

1910. — (26) JUNG — *Die psychologische Diagnose des Tatbestandes* — Marhold, Halle, 1906. — (27) JUNG — *Ueber Konflikte der Kindlichen Seele* — Deuticke Wien. — (28) JUNG — *Die Bedeutüng des Vaters für das Schicksal des Einzelnen* — Deuticke. — (29) MAEDER — *Nouvelles contributions à la psychopathologie quotidienne* — Archives de psychologie — 1906. — (30) MAEDER — *Essai d'interpretation de quelques rêves* — id. 1906. — (31) MAEDER — *Une voie nouvelle en psychologie: Freud et son école* — Coenobium 1909. — (32) MAEDER — *Sur le mouvement psychanalytique, un point de vue nouveau en psychologie* — Annèe psychologique t. 18, 1912. Masson, Paris. — (33) MAEDER — *Ueber die Funktion des Traumes* — Jahrb. f. Psychoanal. ù Psychopath. Stud. IV. Bd. 1912. — (34) HITSCHMANN — *Freuds Neurosenlehre* — Deuticke, Wien, 1911. — (35) JUNG — *Ueber die Psychologie der Dementia praecox* — Marhold. Halle, 1607. — (36) JUNG — *L'analyse des rêves* — Année psychologique, t. 15, 1909. Masson. Paris. — (37) JUNG — *Die Hysterie Lehre Freuds* — Münch.. Med. Woch. n. 47. 1906. — *Die Freudsche Hysterie Lehre* — Monatsschr f. Ps. ù Neur. p. 310, 1908. — (38) PFISTER — *Die psychologische Enträtselung der religiösen Glossolalie* — Deuticke, Wien. — (39) PFISTER — *Analytische Untersuchungen über die Psychologie des Hasses ùnd der Versöhnung* — Deuticke, Wien. — (40) FERENCZI — *Introjection ùnd Ubertragung* — id. — (41) RANK *Das Inzest-motiv in Dichtung ùnd Sage* — id. 1910. — (42) RANK — *Der Künstler (Aussätze einer Sexualpsychologie)* — Heller ùnd C.ie — Wien. 1907. — (43) RANK — *Der Mythus von der Gebùrt der Helden: Versuch einer psychologischen Mythendeùtùng* — Deuticke 1909. — (44) RANK — *Zùr Lohengrin Sage* — id. 1911. — (45) ABRAHAM — *Das Erleiden sexuellen Traumen als Form infantiler Sexualbetätigung* — Zentralbl. f. Nervenheilk. ù Psych. 1907. p. 854. — (46) ABRAHAM — *Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie ùnd der Dementia praecox* — ibidem p. 521, 1908 — (47) ASCHAFFENBURG — *Die Beziehung des sexuellen Lebens zùr Entstehung von Nerven ù Geisteskrankheiten* — Münch. Med. Woch. n. 37, 1906 — (48) ASCHAFFENBURG — *Die neueren Theorien der Hysterie* — ibid. n. 44, 1907. (49) BEZZOLA ù. FRANK — *Die Analyse psychotraumatischer Symptome* — Monatsschr. f. Ps. ù. Neur. p. 178. 1907. — (50) BLEULER — *Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen* — Psych. Neurol. Woch. 1905 — id. Münch. Med. Woch. 1907. — (51) BLOCH — *Ein Beitrag zùr Freud'sche Sexualtheorie der Neurosen* — Wien. Klin. Woch. n. 52. 1907. (52) FRIEDLAENDER — *Ueber Hysterie ùnd die Freud'sche psychoanalytische Behandlung derselben* — Monatsschr. f. Ps. ù Neur. Ed. 22. 1906: Ergänzungsheft. — (53) FRIEDLAENDER — *Kurze Bemerkungen zù der Freud'sche Lehre über sexuelle Aetiologie der Neurosen* — Neurol. Centralbl. 1907. — (54) GROSS — *Das Freud'sche Ideogenitätsmoment ùnd seine Bedeutung im manisch-depressive Irresein Kraepelins* — Leipzig 1907. — (55) ISSERLIN: *Ueber Jung's Psychologie der Dementia praecox ùnd die Anwendung Freud'scher Forschungsmaximen in der Psychopathologie* — Zentralbl. f. N. ù Ps. 1907. p. 329. — (55) IULIUSBURGER — *Zùr Lehre der Psychoanalyse:* Psych. Verein zù Berlin 1907. — (57) RICKLIN — *Psychologie ùnd Sexualsymbolik der Märchen* — Bern 1907. — (58) STOLL — *Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie* — Leipzig 1908. — (59) STROHMEYER — *Ueber die ursächlichen Beziehùngen der Sexualität zù Angst — ùnd Zwangszùständen* — Journ. f. Psych. ù Neurol. 1908. — (60) BLEULER ù. JUNG — *Komplexe*

ùnd Krankheitsùrsachen bei Dementia praecox — Centralbl. f. N. ù Ps. 1908. (61) SCHMIERGELD ET PROVOTELLE — *La méthode psychoanalytique et les Abwehrneurosen de Freud* — Journal de Neurologie, 1908. — (62) BARONCINI — *Il fondamento ed il meccanesimo della psico-analisi* — Rivista di psicologia applicata, 1908. — (63) MODENA — *Psicopatologia ed etiologia de fenomeni psiconeurotici* — contributo alla dottrina di S. Freud — Rivista sperimentale di Freniatria, 1909. — (64) DE SANCTIS — *Folia neurobiologica*. Bd. II. p. 672. — (65) LOEWENFELD — *Sexualleben und Nervenleiden* Bergmann, Wiesbaden, 1906, 4ª aufl. — (66) STECKEL — *Die Angstneurose der Kinder* — Med. Klin, 1908. — (67) STECKEL — *Nervöse Angstzüstände ùnd ihre Behandlung* — *Urban ù. Schwarzenberg* — Berlin, 1908. — (68) HART — *Freud's conception of Hysteria* — Brain, London vol. XXXIII. — (69) *Zentralblatt für Psychoanalyse* — I-II. Bd. passim, 1911-12 (edito da Freud e Steckel) Bergmann, Wiesbaden. — (70) ISSERLIN — *Die psychoalytische Methode Freuds* — Zeitschr. f. d. gesammte Neurol. ù. Psych. I, I, 1910. — (71) KOSTYLEFF — *Freud et le traitement moral des névroses. (contribution à l'étude objective de la pensée)* — Journal de psychologie normale et pathologique n. 2-3. 1911. — (72) FREUD, RANK, SACHS — " Imago ,, — *Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaft* — H. Heller ed. Leipzig 1912. — (73) JONES — *The action of suggestion in psychotherapy* — Journ. of abnormal psychology. V, 1910-1911 p. 217. — (74) HARTENBERG — *La névrose d'angoisse* — Paris, Alcan 1902 — (75) SCHULTZ — *Psychoanalyse* — Zeitschr. f. angewandte Psychologie ù. psych. Sammelforschungen, II, 1909. p. 440 — (76) ASSAGIOLI — *La psicologia del subcosciente, I la psicoanalisi, II personalità alternanti e coscienti* — Psiche, p. 106, 181, 1912. — (77) MORSELLI — *Alcune osservazioni sul " metodo delle associazioni ,, applicato alla psicoanalisi* — ibid. p. 77. 1912. — (78) FREUD — *Il metodo psicoanalitico* — ibid. p. 612. 1912. (79) BRESLER — *Der Zweisinn* — Psychiatr. neurol. Wochenschr. n. 3-4 1912-13. — (80) BLEULER — *Der Elternkomplex* — ibid. n. 40, 1910-11. (81) TER-OGANNESSIAN (Elisabeth) — *Psychoanalyse einer Katatonie* — Psych. neurol. Woch. n. 26-27 1912-13. (— 82) FREUD - *Charakter ùnd Analerotik*. ibid. p. 464, 1907-08. — (83) FREUD — *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia* — Jahrb. f. psychoanal. ù. ps. Forsch. Bd. III p. 9. 1911. — (84) ABRAHAM — *Freuds Schriften aus den Iahren* — 1893-1909. — Jahrb. f. psychoanalyt. ù ps. Forsch. I, 1909 p. 546. — (85) ABRAHAM — *Bericht. über die Osterreiche ùnd deutsche psychoanalytische Litteratur bis zum Iahre* - 1909 ibid. p. 575. — (86) BINSWANGER — *Versuch einer Hysterieanalyse* — ibid. p. 174. — (87) FREUD: *Analyse der Phobie eines fünfiährigen Knaben* — ibid. — (88) FREUD — *Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose* — ibid. p. 375. — (89) FREUD — *Uber " wilde ,, Psychoanalyse* — Zentralblatt. f. Psychoanalyse, I, 1911. p. 91. — (90) MAEDER — *Psychologische Untersüchungen an Dementia — praecox Kranken* — Jahrb. f. psychoanal. ecc. II. 1910. p. 185 — (91) SILBERER — *Uber die Symbolbildung* — ibid. III, 1911-12 p. 661. — (92) STEKEL — *Die Sprache des Traumes* — Bergmann - Wiesbaden 1911. (93) VOIGTLAENDER — *Uber die Bedeutung Freuds für die Psychologie* — *Münchner Philosophische Abhandlungen* — Leipzig - Bart 1911. — (94) FREUD: *Tatbestanddiagnostik ùnd Psychoanalyse* — Archiv. f. Kriminal — anthropo-

logie ù Kriminalistik 1906. — (95) JUNG — *Psychoanalyse und Assoziations experiment* — Diagnostische Assoziations — studien I. p. 258. — (96) JUNG: *Assoziations, Traum und hysterisches Symptom* — ibid. II. p. 31. — (97) RIKLIN — *Kasuistische Beiträge zur Kenntniss hysterischer Assoziationsphänomene* — ibid. II. p. 1. — (98) CHALEWSKY (Fanny) *Heilung eines hysterischen Behens durch Psychoanalyse* — Centralbl. f. Nervenheilk. ù. Psych. 1909. — (99) C. DE MONTET — *Theoretische und praktische Fragen der Psychoanalyse* — Journ. f. Psych. ù Neurol. — Ergänzungsband 1911. — (100) FRANK — *Die psychoanalyse, ihre Bedeutung für die Auffassung und Behandlung psychoneurotischer Zustände* — E. Reinchardt — München. 1910. (101) SADGER — *Ueber Urethralerotik* — Jahrb. f. psychoanalyt. ecc. 2° Bd. 1910. — (102) STECKEL — *Beiträge zur Traumdeutung* — ibid. 1° Bd. 1909. (103) SILBERER — *Bericht über eine Methode gewisse symbolische Haluzinationserscheinungen hervorzurufen und zu beobachten* — ibid. — (104) ADLER: *Ueber neurotische Disposition* — ibid. — (105) ASSAGIOLI — *Trasformazione e sublimazione delle idee sessuali* — Rivista di psicologia applicata 1911. n. 3. — (106) BLEULER — *Sexuelle Abnormitaeten der Kinder* — Jahrb. der schweiz. Gesellschaft f. Schulgesundheitspflege. 1908. — (107) SPIELMYGER: Zentralbl. f. Nerv. ù Ps. 1906 p 322. — (108) KRAEPELIN — Psychiatrie 8. Aufl. 1909-11. — (109) PUTNAM — *A plea for the study of philosophic methods in preparation for psychoanalytic work* — Journ. of. abnorm. psycol. 1910-11. — (110) REÉD — *From Mesmer to Freud — a review of psychotherapy* — Lancet Clinic, Cincinnati 1910. — (111) ROBINSON — *Psicoterapia dell' Isteria* — Journ. of. the Am. med. Ass. 1908. — (112) SCOTT — *An interpretation of the psychoanalytic metod in psychotherapy* — Journ. abnorm. Psych. 1909. — (113) JONES — *Psychoanalysis in psychotherapy* — Boston med. and surg. journ. p. 281. 1909 — (114) CLARK — *Il metodo di psicoterapia di Freud* — Journ. of nerv. and ment. dis. p. 391. 1908. — (115) MAAG — *Zur Psychoanalyse nach Freud* — Correspondenz blatt f. schweiz. Aerzte 1910 — (116) MARGARIA — *La psicosi nuziale* — Annali di Freniatria 1911.—

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
Diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

UNA TEORIA BIOLOGICA DELL' ISTERISMO

DEL

DOTT. M. LEVI BIANCHINI
Libero Docente

I.

Bioschisi e Psiconeuroschìsi — Psichiòni e Neuroni — Il potenziale mentale — Il mio concetto anatomoclinico dell'isteria, diatesi degenerativa bioschisaria del somatopsichismo.

Dissociazione e integrazione, *bioschìsi* e *simbiosi*, sono i due intervalli energetici del ritmo vitale negli esseri organizzati: ora svolgentisi in indipendenza, ora seguentisi in reciproca funzione: ma sempre concorrenti allo scopo finale, conservativo e riproduttivo, dell'attività biologica in atto.

Punto primordiale di sviluppo della mònade animale originaria fu la *bioschìsi*, rappresentata dalla scissione partenogenetica del suo unicorpo cellulare: elemento superposto di formazioni filogenetiche ed ereditarie fu l'*integrazione* degli aggregati cellulari derivativi, da cui sorsero — per ulteriori e più complicate scissioni ed integrazioni — tutti gli organismi poli-istionici delle serie animali.

Ma anche in queste — dall'umile amphioxus o dall'astacus fluvialis, all'uomo più perfetto, il ricordo dell'atavismo funzionale, fissatosi con precisione nelle attività automatiche degli organi, permane come stabile documento della primitiva origine bioschisaria: e rivela, al disotto della compagine apparentemente univoca del nevrasse, sistemi ed elementi tuttora dotati dell'antica, se pur perfezionatissima dissociabilità.

E per vero, fin da quando fu creato il primo organismo — prodotto paleogenico delle reazioni dell'ambiente sopra una sostanza atta alla vita — sorsero in esso i meccanismi capaci di ritenere (per un fine immediatamente teleologico) le anzidette reazioni di cui era il derivato. Esso creò così in sè stesso il primo atto riflesso nutritivo e riproduttivo, e costituì il primo esponente di quella legge fondamentale di reazione ed azione che domina la materia e che è legge universale di tutto il determinismo biologico.

Ogni fenomeno umano per ciò, al quale l'impronta intellettualistica si è superposta come terza e ultima capacità riflessa (dopo la nutritiva e la riproduttiva), è ancor oggi soggetto al ritmo delle successioni integrative e bioschisarie: così che spesso tanto le sue variazioni normali di essere, quanto le sue modalità morbose di reagire, non rivelano altro che la messa regressiva in libertà di meccanismi automatici, resi più perfetti ed assoggettati a correlazioni nervose più stabili e complesse. Noi vediamo infatti che l'automatismo della funzione — che non è altro se non la sua stabilizzazione come fenomeno di attività e memoria organiche ereditarie — procede in rapporto diretto della sua perfezione evolutiva; e quanto più esso è filogeneticamente evoluto, tanto più viene a differenziarsi dalla volontà, dall'intelligenza, dalla coscienza: prodotti ultimi essi stessi, ma enormemente spiritualizzati ipertrofizzati e trasformati, della coscienza sensoriale primitiva alla quale pur tuttavia indispensabilmente si riconnettono ai fini stessi del loro terminale sviluppo.

Herzen (1) studiando la meccanica cerebrale emise la sua nota legge fisica della coscienza che definì come " un fenomeno legato alla disintegrazione funzionale degli elementi nervosi „. L'assioma aristotelico: " Nil in intellectu quin prius in sensu „ non dimostra altro che se la coscienza si potè evolvere in centri tanto differenziati ed apparentemente autonomi, da perdere tutte le stimmate dell'antica derivazione sensoriale, a base loro rimane sempre, comunque trasformata, la materia primigenia, in cui il primo sintomo cosciente, perchè biochimico, fu ed è ancora l'irritabilità.

Ma la coscienza, diremo col Dallemagne (2) si evolve: scomparisce da elementi in cui altre volte dovè esistere, per raffinarsi e perfezionarsi in centri di formazione più recente, o, ciò che equivale, in serie animali più perfette. Essa s'inizia con i primi disturbi molecolari

in territorii vergini per progredire a misura che l'irritabilità del centro diviene più vasta ed estesa: scomparisce quando l'organizzazione funzionale così indotta si è definitivamente stabilita. La sua evoluzione traduce insomma una progressione organica e fisiologica; e, fatto curioso, essa scomparisce nel momento stesso in cui la sua presenza non sembra oramai più necessaria. A questo punto, in cui il centro, adattato alla sua funzione, raggiunge l'equilibrio definitivo; in cui le sue parti, inaccessibili ad ulteriori metamorfosi, hanno compiuto il ciclo evolutivo delle loro trasformazioni, si fissa ciò che chiamiamo funzione o riflesso: nutritiva, genesica, intellettiva; che sarà automatica, se con ciò noi intendiamo (da un punto di vista biologico), l'espressione definitiva del progresso sotto l'azione dell'adattamento e con la perdita o riduzione del carattere cosidetto cosciente.

La coscienza dunque, intesa nel suo significato filogenetico, è legata ad un disturbo molecolare e ad un'instabilità funzionale; la sua evoluzione è segnata da tappe progressive nello adattamento e nella stabilità dei centri funzionali, i cui momenti primitivi sono i riflessi nutritivi e genesici, i terminali quelli intellettivi. Essa è ad ogni modo strettamente legata alla evoluzione della materia ed alla formazione dei riflessi: procede per gradi, trova l'ultima espressione nel nevrasse umano e nell'intellettualità, funzione essa stessa partecipante in sommo e mobilisssimo grado delle caratteristiche biologiche fondamentali della cellula: integrazione e dissociazione.

.·.

Il nevrasse dell'uomo e degli animali a sistema encefalospinale offre gli esempi più dimostrativi ed i tipi più differenziati dei due processi fondamentali dell'organizzazione neurosomatica: cioè da una parte la fissazione dei sistemi automatici con perdita o no del correlativo cosciente; dall'altra l'organizzazione di stati di coscienza più indipendenti, perfetti e complessi.

I vari segmenti del nevrasse, considerati rispetto alle loro funzioni più specifiche, vanno dal più primitivamente organico, all'ultimo esclusivamente intellettualistico, nell'ordine che segue: midollo e sistema simpatico; bulbo e ponte: cervelletto; corpi optostriati; pallium.

Tutti questi possiedono proprietà autonome e sono governati da legami di reciproca soggezione; dei quali sia la fisiologia sperimentale, che l'anatomia clinica, che la stessa psicopatologia offrono esempi numerosi e ben conosciuti. Togliamo alcuni di questi dalla stupenda opera del LUCIANI (3).

Il midollo della rana, per quanto forse non sia capace di un'attività automatica intesa in senso assoluto, possiede però delle capacità reattive di difesa — anche dopo scervellato l'animale — che dimostrano un' organizzazione relativamente elevatissima, coordinata ad uno scopo molto preciso e capace di manifestarsi anche con riflessi in rapporto alle funzioni riproduttive. Il più classico tra questi atti riflessi è data dalla rana spinale o bulbo spinale; la quale, subito dopo l'operazione, assume fin da principio una posizione raccolta e che dimostra che i centri spinali sono in continua attività. Infatti un animale paralizzato conserva indifferentemente qualsiasi posizione gli venga data. Quando si pinza alla rana l'estremità, tosto la allontana, come per sottrarla a impressioni dolorose: quando si applica in un punto qualunque della cute un disco di carta bibula imbevuta di una soluzione allungata di acido solforico o acetico, essa compie tutta una serie di movimenti perfettamente coordinati con l'intento di rimuovere lo stimolo molesto. GOLZ osservò che ogni qualvolta ad un ranocchio maschio scerebrato si tocca leggermente la cute del dorso, esso gracida (esperimento del *quack*), quasi esprimendo una sensazione di piacere. Nella stagione degli amori, basta applicare contro la cute del torace del maschio il dorso della femmina, o anche un dito dello sperimentatore, perchè i due arti superiori del maschio lo stringano durevolmente e con forza come avviene nell'animale normale.

In altri casi più rari il movente dell'atto riflesso sembra la conservazione dell'individuo con sacrificio della parte (fenomeni di *autotomia* scoperti da FREDERICQ). Si osservano in alcuni insetti (grilli), crostacei (granchio di mare), aracnidi, nell'anguis fragilis, nella comune lucertola (lacerta viridis e consistono in ciò: che se si stimola meccanicamente o chimicamente un arto, questo subito si frange e cade, permettendo all'animale di sottrarsi al suo persecutore. Siccome il fenomeno dell'autotomia può verificarsi anche nell'animale decapitato, esso dimostra nell'organismo una solidarietà di azione, quasi una personalità indipendente dall'encefalo.

E' noto che i polli, dopo la decapitazione possono volare; che nei mammiferi, anche a midollo affatto separato dall'encefalo (tratto lombare) si possono osservare atti riflessi coordinati (defecazione, erezione) dopo semplici stimoli cutanei; e perfino nell'uomo sono stati osservati riflessi coordinati e complessi di difesa in caso di schiacciamento o di taglio accidentale del midollo nella regione cervicale e dorsale (caso di M. Hall riportato dal Luciani).

La questione quindi di una coscienza midollare, se non può evidentemente essere intesa come una successione di elaborati ai quali siano applicabili gli attributi della coscienza psichica umana, può tuttavia, entro certi limiti, venir risolta affermativamente.

" Possiamo supporre, scrive il Forster, che ciascuna azione nervosa di una certa intensità e natura sia accompagnata da una certa quantità di coscienza, che possiamo paragonare alla luce che viene emessa quando una combustione, che prima dava origine solo a calore invisibile, aumenta di intensità. Possiamo inferirne che quando la rana scerebrata viene eccitata a compiere un riflesso, il midollo è per così dire illuminato da un istantaneo raggio di coscienza guizzante nel buio, in cui tosto svanisce. Forse possiamo ammettere che una tale coscienza transitoria tanto più sia sviluppata, quanto maggiore è la porzione di midollo implicata nel riflesso, e più complesso il movimento,,.

Anche il simpatico, che deve essere considerato, dal punto di vista organico come una continuazione estrarachidiana del midollo disseminata negli apparati di nutrizione, possiede una autonomia funzionale sviluppatissima. Ed infatti, se alla vita vegetativa presiedono, al di sopra di esso, i centri midollari e corticali, le funzioni vegetative e trofiche stesse possono completamente ristabilirsi e continuare a svolgersi immediatamente dopo l'ablazione dell'encefalo, del midollo dorsale o lombo sacrale. I fenomeni vitali residuali che presenta nel treno posteriore l'animale privato del tratto dorsale e lombosacrale del midollo, sono assai più ricchi di quanto si possa supporre a priori sulla base delle cognizioni sperimentalmente acquisite sulle funzioni centrali del midollo. Gli effetti che immediatamente conseguono all'ablazione midollare sono ben lungi dal fornirci la sindrome della deficienza midollare, essi sono principalmente dovuti allo *shock* operatorio.

Infatti dopo alcuni mesi di sopravvivenza dell'animale, si trovano talmente attenuati, da poterne ricavare una chiara rappresentazione della grande importanza fisiologica del sistema gangliare simpatico, in quanto esso è capace di agire sugli organi e tessuti della vita vegetativa, indipendentemente dal sistema midollare (Luciani).

Se dunque il midollo (che nei vertebrati omotermi non è assolutamente indispensabile alla vita) ha una discreta importanza per le funzioni vegetative, è indubitato che tutti gli atti vitali compresi sotto questa denominazione possono sussistere e compiersi in maniera relativamente normale, dopo eliminata qualsiasi influenza del nevrasse spinale e per azione quasi esclusiva del sistema ganglionare del simpatico.

La dignità funzionale del midollo, sensomotoria riflessa, viscerale e automatica, aumenta nel bulbo: organo di straordinaria importanza come stazione centrale della circolazione, della respirazione, del motorio comune, del tono vasale, di molte funzioni connesse alla digestione: sede di importanti centri riflessi e automatici e contenente esso stesso un centro che dà luogo a crampi e convulsioni diffuse ai muscoli della vita animale. Tutte le citate funzioni sono conservate quando si separa il bulbo dal resto dell'encefalo: si arrestano repentinamente quando il taglio cade fra il bulbo e il midollo. Anche nel tratto bulbo-protuberanziale sono contenuti gli organi centrali della deambulazione, come si verifica dalla possibilità di nuotare e conservare la posizione orizzontale nei pesci e in testugini scerebrate al di sopra del bulbo.

In questi, come nella serie di movimenti associati che la testugine così scerebrata e rovesciata sul dorso eseguisce per riacquistare la posizione abituale, si può trovare la prova dell'esistenza di atti centrali istintivi, che non possono essere scompagnati da un certo grado di coscienza attiva o d' accorgimento.

La funzione del cervelletto, invece, organo connesso in via afferente ed efferente a tanti organi di senso e di moto, non si esprime mai con fenomeni precisi di attività muscolare o sensoria, ma con un'azione complessa, tonica, stenica, statica ed eminentemente adattatrice di tutto il sistema neuromuscolare; da cui dipenderebbe la giusta misura, precisione e adattamento allo scopo dei singoli atti volontarii, automatici e riflessi. Organo di un automatismo perfetto, unico e simmetrico

nello stesso tempo, di cui i singoli segmenti hanno la stessa funzione del complesso, esso possiede, secondo il suo più illustre conoscitore, il Luciani, le seguenti attribuzioni:

a) il cervelletto con le sue dipendenze costituisce un piccolo sistema a sè, *relativamente indipendente*, per cui avviene che la mancanza di esso non interrompa alcuna delle vie essenziali di conduzione centripeta e centrifuga tra il cervello e gli apparecchi periferici di senso e di moto;

b) non ha un terreno di azione suo proprio, cioè riservato esclusivamente ad esso, o al quale non giunga contemporaneamente l'influenza dei centri dell'asse cerebrospinale;

c) non è un *sensorio* propriamente detto: cioè le impressioni che ad esso pervengono dagli organi periferici di senso per le sue particolari vie afferenti non destano *sensazioni avvertite*, ma rimangono normalmente *subliminali*, vale a dire *al di sotto della coscienza sensoriale*;

d) per le condizioni speciali in cui si esercita la sua azione può essere considerato come un piccolo sistema *coadiutore* o *di rinforzo* al grande sistema cerebrospinale.

Ben maggiore importanza, sia per i fenomeni della sensorialità specifica, che per manifestazioni e funzioni già suscettibili dell'attributo di coscienza, hanno i talami ottici ed i corpi striati (nucleo caudato e lenticolare), senza tener conto del mesencefalo, le cui lesioni sarebbero già capaci di dare sintomi catalettoidi, ipnoidi, sensoriali e motori: e in generale paralisi crociate parziali o complete, di moto, di senso e forse ancora più complesse.

Luys (4) per primo tentò una sintesi psicofisiologica delle funzioni del corpo opto-striato; e se le sue deduzioni risultarono un po' troppo fantasiose e schematizzate, sono tuttavia ancor vicine alla verità quando fanno, dei gangli della base " il terreno comune nel quale convergono e vengono ad anastomizzarsi l'attività cerebrale, l'attività cerebellare e l'attività spinale ".

E' assodato ad ogni modo che, oltre all'importanza fondamentale del talamo nel meccanismo della visione, non c'è regione della corteccia degli emisferi che non riceva fibre nervose dal talamo: il quale a sua volta irradia un ampio sistema di fibre al nucleo caudato ed al lenticolare, e ne riceve ancora dal lemnisco e, sia direttamente, che per mezzo dei nuclei rossi, dal peduncolo cerebellare superiore. Il talamo costitui-

sce, per le anzidette connessioni, un grande focolaio di sensibilità, ove convergono le vie centripete provenienti da differenti organi di senso e da cui si irradiano separandosi alle diverse regioni della corteccia. In base a studi recenti sembra ancora, insieme ai nuclei striati, formare il sottostrato di elevati meccanismi biologici, sensorio-motori, di determinismo e mimetismo emozionale e, sopratutto il nucleo lenticolare, del linguaggio.

Per quanto infatti la psicofisiologia di questi conglomerati grigi sia ancora molto scura, pure molti autori attribuiscono loro delle funzioni assai complesse. Il Troemmer (5) tenderebbe a localizzare nel talamo il centro del sonno. Il d'Abundo (6) studiò con grande competenza la fisiopatologia del talamo, osservò, nelle estese distruzioni sperimentali, oltre alle lesioni sensoriali e motrici, anche fenomeni di alterazioni fisionomiche, mimiche, del carattere, intellettuali: per cui fu tratto a ritenere che il talamo ottico sia un centro importante intermedio di associazioni. Del resto gli studi di Bechterew sul talamo, e quelli di Sherrington (con la nota esperienza del cane apestesico) avevano già aperto la via ad una teoria somatica dell'emozione. Secondo Bechterew " esistono nei talami, o in una regione vicina, dei centri che possiedono un'azione sulle funzioni automatiche e riflesse dell'organismo, più o meno costantemente affette nelle diverse passioni dell'anima: i talami ottici sono dei centri motori per mezzo dei quali si eseguiscono, sopra tutto, i movimenti innati di espressione, determinati, sia sotto l'influenza di eccitazioni psichiche involontarie, come negli stati affettivi, sia in maniera riflessa per stimoli tattili ed altri stimoli della sensibilità generale ". Secondo quest'autore, i talami ottici non sono di conseguenza dei centri psichici propriamente detti, ma puri " *centri riflessi* ".

Il Pagano (41, 42) in alcune ottime e recenti ricerche arrivò a determinare nel nucleo caudato di cani (a corteccia cloralosizzata e midollo e tronchi vago - simpatici del collo precedentemente tagliati, come nell'esperienza perfezionata di Sherrington) dei quadri emozionali molto precisi. Eccitando il terzo anteriore (meno la sua parte estrema) e il terzo medio della testa del nucleo caudato, specialmente nella loro metà interna si provocava un quadro emozionale con i caratteri della *paura* con i fenomeni mimici, cardiaci, respiratori e viscerali correlativi: l'eccitazione della *estremità* anteriore, ma sopra tutto del terzo posteriore del nucleo caudato provocava un insieme di

fenomeni nettamente riferibili *all' ira*: come il ringhio, gli abbaiamenti caratteristici, la tendenza ad aggredire e a mordere, la particolare espressione fisionomica, cui si aggiungevano reazioni viscerali svariate (fenomeni in parte di diaschisi ?)

L' A. conclude che nei nuclei caudati devono trovarsi riuniti tutti gli ordegni fisiologici che concorrono alla espressione delle emozioni, in modo che la stimolazione di un punto limitato rievoca tutti i fenomeni che rivelano e caratterizzano un particolare stato emotivo: il che non esclude che la *coscienza* di questa reazione che costituisce il vero fenomeno *psichico* dell' emozione, sia sempre funzione di altre parti del sistema nervoso (corteccia).

Seguendo questo modo di vedere, si possono dunque concepire reazioni emotive che si svolgono al di fuori della corteccia cerebrale e reazioni emotive in cui la corteccia partecipa in maniera più diretta e preponderante: le prime potrebbero svolgersi in un circuito periferia — centri subcorticali — periferia, salvo l'immancabile ripercussione finale sulla corteccia; le seconde in un circuito che dovrebbe comprendere, soppressi gli intermediari, almeno questi elementi: periferia — corteccia — centri subcorticali — periferia — corteccia; oppure: corteccia — centri subcorticali — periferia — corteccia.

Lo stato emotivo *quale ci è rivelato dall' introspezione*, cioè emozione cosciente [e a contenuto ideativo preciso ?] è la risultante delle operazioni di questo secondo tipo, che sono indivisibili, ma quando il processo di espressione dell' emozione si svolge seguendo il primo circuito, è ancora legittimo ritenere che esista, all' infuori della ripercussione corticale, un particolare stato di coscienza, bruto, quasi elementare, ma che possa già ritenersi come il nucleo psichico specifico dell' emozione.

Gli studi di Mingazzini (7), oltre di ciò, hanno messo in particolar luce l' importanza del nucleo lenticolare nel complesso meccanismo psicomotore del linguaggio: il Costantini (8) seguendo il citato autore, localizza nel nucleo lenticolare e nel talamo il mimetismo funzionale di certe emozioni patologiche (riso e pianto spastico).

Senza quindi affermare per ora che i talami ed i corpi striati siano la sede specifica di sensibilità ed emotività, è certo che essi concorrono, e non poco, a quei particolari stati psichici che noi ca-

ratterizziamo come emotivi, ed hanno quindi una « funzione psichica » se pur inferiore, dotata in ogni caso di una discreta individualità ed autonomia.

Ma oltre di ciò le moderne e capitali conoscenze sulle ghiandole endocrine tendono a dimostrare in queste delle funzioni delicatissime e di suprema importanza non solo sul vitalismo organico, ma perfino sull' evoluzione, sviluppo e forma dell' intelligenza del nevrasse. Esse giungono, a tempo, a sfrondare la corteccia ed il sistema nervoso da quel panpsichismo e panvitalismo che, per mancanza di una più esatta localizzazione, si erano loro attribuiti in una dispotica ed assiomatica infeudatura. La nozione degli « *ormoni* » veri fermenti vitali dell' organismo, getta una nuova e più precisa luce su molte connessioni fisiologiche che esistono fra gli organi più lontani e fra questi ed il nevrasse. Essa non ha diminuito l' importanza dei nervi, ma, al contrario, la ha precisata: sbarazzandola di una serie di attributi di cui medici e biologhi l' avevano gratificata senza motivi plausibili. Troppo a lungo infatti si è qualificato di « nervoso » ciò che non si sapeva immediatamente interpretare, o non si poteva classificare sotto una rubrica diversa » (43).

La corteccia infine è la sede della proprietà fondamentale e forse specifica della cellula nervosa più perfetta: la memoria cosciente; degli elaborati terminali delle impressioni esogene e delle rievocazioni autoctone interiori: di tutti i più complessi fenomeni di coscienza e di intelligenza, nelle loro determinazioni sensomotorie, rappresentative, volitive ed emozionali. Le lesioni infatti di centri che presiedono alle funzioni del linguaggio, della scrittura, dell' udito o della vista; oppure alterazioni diffuse acute o croniche, o le aplasie e displasie congenite del mantello, conducono sempre ad una alterazione più o meno grave dell' intelligenza, della coscienza, del carattere, dimostrate ogni giorno dalla patologia mentale e confermate sperimentalmente già da Golz con le celebri esperienze sui suoi tre cani senza cervello (1892).

Le importantissime e uniche osservazioni di Golz dimostrarono due fatti di eguale valore. Anzitutto che i fenomeni massimi di deficit che si osservano dopo la mutilazione del cervello consistono nella perdita di tutte le manifestazioni o espressioni da cui noi argo-

mentiamo la *memoria, la riflessione, l' intelligenza* dell' animale. In secondo luogo che tutte le funzioni sensoriali e motorie necessarie alla vita, fatta eccezione di quella della ricerca del cibo, possono compiersi — sebbene imperfettamente — dai centri nervosi che rimangono. Il cane senza cervello anteriore è capace di mangiare da sè quando gli venga presentato il cibo; di muoversi abbastanza regolarmente, guidato dalle sensazioni muscolari e cutanee; forse anche dalla vista e dall' udito se non fosse leso il cervello intermedio e medio; di passare alternativamente dallo stato di veglia a quello di sonno come il cane normale. Per tutte queste funzioni non è in senso assoluto necessario il prosecenfalo, perchè molto probabilmente esse hanno per organo altre parti, segnatamente il talamencefalo e il mesencefalo.

Il FLECHSIG osservò fatti analoghi in un neonato quasi anencefalico, nel quale esistevano le parti basali dell' encefalo, comprese le eminenze quadrigemine posteriori, ed erano mancanti gli emisferi, i talami e le eminenze quadrigemine anteriori. Il bambino visse solo un giorno e mezzo: ma durante questo tempo gemeva, dava segni di malessere, e quando gli si pizzicava la cute, i suoi gemiti e i movimenti associati delle estremità divenivano maggiori. Anche agli idioti e microcefali in massimo grado, privi di ogni facoltà mnemonica e intellettiva, e paragonabili, secondo GOLZ, al suo cane senza cervello non mancano capacità sensoriali e motorie; essi conservano i sensi specifici, hanno le sensazioni della fame e della sete e reagiscono alle stimolazioni dolorose con rozzi movimenti di difesa e con voci lamentevoli. E' dunque evidente che l'agenesia completa delle facoltà psichiche superiori, come pure la demenza acquisita, non implicano necessariamente l' assenza o la perdita delle facoltà psichiche inferiori, e che l' affermare che il solo pallium è sede di stati di coscienza può costituire una delimitazione troppo restrittiva al valore biologico della parola e della funzione che essa rappresenta.

Se quindi attività mnemonica percettiva coscienti, nelle loro più elevate organizzazioni comprensive sono indubbiamente funzione della corteccia, è certo che esistono nei centri grigi subcorticali e forse anche spinali e simpatici capacità elementari di sensazioni esterne ed interne; che ne regolano i loro movimenti automatici e ne condizionano i riflessi.

Il nevrasse dei vertebrati superiori e dell' uomo, in altre parole, è costruito di numerose organizzazioni funzionali, strettamente dipendenti e influenzantisi; ma capaci, entro certi limiti — spesso come si è visto relativamente ampî — di attività individuale ed autonoma. Vediamo ora, nei meccanismi psiconeuro-somatici normali dell' uomo, che più particolarmente ci interessano, quali siano i fenomeni di dissociazione funzionale, quali le loro manifestazioni morbose e quali le reciproche corrispondenze nei territorii extracorticali e ganglionari simpatici.

∴

La coscienza dell' uomo, intesa nel significato più specifico e intellettualistico di attività spontanea di introspezione ed evocazione, ha sede nella corteccia e forse solo in alcuni suoi strati; ed è facoltà della cellula corticale. Si può dir questa anzi *l' unità mentale tipo*: i cui attributi specifici sono da lungo tempo dimostrati sia dalla patologia che dalla fisiologia. Io ritengo, che per la loro somma e particolare dignità funzionale le cellule della corteccia possano venir differenziate col nome di ***psichioni*** da quelle dei centri talamo-mesencefalici che potrebbero rappresentare attività psichiche di rango inferiore (e denominarsi *psiconeuroni*; per giungere così ai *neuroni* propriamente detti del cervelletto, del bulbo, del midollo ed ai *ganglioneuroni* del simpatico, loro varietà.

La serie degli aggregati cellulari che costituiscono l' intera sostanza specifica del nevrasse, può dunque rappresentarsi nel seguente schema:

1. *Psichioni*: psiche corticale, coscienza cenestesica e spiritualistica dell' Io pensante ed autonomo: centro regolatore del psicosomatismo.
2. *Psiconeuroni*: talamo, corpi striati (o mesencefalo?): coscienza sublimale di coordinazione, concentrazione, difesa (emozioni brute).
3. *Neuroni*: cervelletto, bulbo, midollo: fenomeni di stabilizzazione e automatismo sensomotorio; riflessi inferiori sensorii, motori, vasali, della riproduzione e viscerali.

4. *Ganglioneuroni:* sistema simpatico: fenomeni di autonomia e reflettività viscerale, vaso - neurotrofica.

In tutti questi settori del nevrasse si svolgono, sotto l' impero di una stretta coordinazione, le attività più particolari ad ognuno di essi: ma non sì che spesso, nel meccanismo sì normale che patologico della vita, certe proprietà di indipendenza funzionale non possano quasi venir sprigionate e messe in evidenza. Fenomeni di tal genere, che a seconda della loro localizzazione potremo denominare di *psicoschisi, psiconeuroschisi, neuroschisi,* sono ben noti in psicologia normale e sperimentale, in psicopatologia e in neurologia.

Il MONAKOW (10-11) a proposito dei sintomi di lesione corticale emise la sua nota teoria della diaschisi che io ho fatto conoscere già da alcuni anni in Italia (9) e che mette bene in evidenza le manifestazioni patologiche di centri corticali (o nervosi) illesi e diversi in funzione di una lontana lesione a focolaio; i processi normali stessi o patologici della psiche umana fanno conoscere ad ogni istante tutta una serie di procedimenti per i quali le varie facoltà dell' intelletto possono compenetrarsi, dissociarsi e scomporsi in una serie molteplice ed intricata di perfetti meccanismi.

L' antica divisione scolastica delle facoltà mentali in conoscenza, volizione, affettività è sempre buona ed esatta; e la psiche umana stessa può venire graficamente raffigurata in un triangolo ai cui lati corrispondano le ora citate facoltà, che possiamo denominare ***noopsiche***, ***bulopsiche, timopsiche.*** Se si verifica un' alterazione patologica di esse, e quindi sia il distacco reciproco di uno o più lati del trigono, sia un' interruzione nei segmenti di un sol lato, sia, per dir così, l'assottigliamento o l'impiccolimento del lato stesso, ne deriverà una scissione parziale o totale, univoca o complessa: ***psicoschisi*** in senso generico; ed a seconda che verte si parlerà di ***nooschisi, timoschisi, buloschisi,*** con gli stati psicoschisarii corrispondenti di ***anoia, atimia, abulia.***

Così egualmente, come dicemmo, per lesioni centrali a focolaio possiamo rilevare fenomeni di interruzione ed irritazione a distanza di centri indipendenti dal focolaio: ***diaschisi*** (in senso lato); che potremo chiamare di ***psiconeuroschisi*** se tali fenomeni (qualunque ne sia la causa, anche puramente funzionale o psichica) si manifesteran-

no in territorii extracorticali o simpatici più lontani: per giungere al concetto più elementare di *neuroschisi* (o diaschisi locali) quando, per un meccanismo localizzato nel sistema (bulbo spinale o simpatico) avremo fenomeni di abnorme indipendenza funzionale, di scissione e svincolo dai normali rapporti di soggezione e inibizione passiva rispetto ai centri superiori.

Negli schemi che seguono cerco di dare un' idea d' insieme dei rapporti fisiologici e psicologici dei varii sistemi del nevrasse secondo il principio della bioschisi.

1.

Psiche integrale

- **Noopsiche** (conoscenza, riconoscimento)
  - a) *Percettiva, associativa, mnemonica, (rievocativa) e critica elementare* (esocritica: nei rapporti tra elementi esterni, a preferenza sensoriali e l'Io).
  - b) *Critica superiore* (ego-e ipercritica: nei rapporti dell'Io consapevole con sè stesso, la morale, la logica.
- **Timopsiche** — *affettività*
- **Bulopsiche** — *volizione*

2.

Psicoschìsi fisìologica

- a) *Fenomeni di coscienza intensiva:* concentrazione mentale, spostamento di attività determinativa, attenzione ecc.
- b) *Fenomeni del subcosciente:* automatismo mentale, distrazione, ruminazione, spunti ideativi ed associativi in genere ecc.

3.

Psicoschìsi patologica (dissociazione intrapsichica: dislivello disequilibrio o deficienza del potenziale mentale (corticale e subcorticale), fino all'abolizione; nei suoi elementi singoli o combinati).	**Nooschìsi** (anoia)	a) *elementare:* mitomania, drammatismo, suggestibilità patologica, (ipnosi, sdoppiamento ?)... fino a confusione mentale e disorientamento sensoriale...... o per converso, a sintesi delirante. b) *superiore:* stato di indebolimento (formale) associativo e critico superiore.
	Timoschìsi (atimia)	preponderanza, riduzione o perdita dei componenti affettivi.
	Buloschìsi (abulia)	deviazione, riduzione o perdita del determinismo superiore.

4.

Sistemi di dissociazione neuro-psichica o neuronica (disequilibrio, dislivello, autonomia fisiologica o no del potenziale neuromotore, corticale o extracorticale).	a) *diaschisi* (dissociazione intracorticale o corticospinale ecc., in senso lato, da lesioni centrali di focolaio). b) *psiconeuroschìsi* (dissociazione corticospinale - o simpatica più differenziata, da cause molteplici, fisiologiche, dinamiche funzionali). c) *neuroschisi* (diaschisi locali, dissociazione neuronica e gangliosimpatica).

∴

I processi della psicoschisi e della psiconeuroschisi possono esistere, come già dicemmo, nella perfetta normalità dell'equilibrio psichico e psiconeuronico. Il ritmo respiratorio e cardiaco, per quanto parzialmente subordinati a controlli superiori di vario ordine, funzionano con un'indipendenza estrema di automatismo e di compensazione: ciò che è dimostrato sia dal sonno normale che dal coma traumatico e dal sonno cloroformico; il quale ultimo, dopo aver abolito totalmente le funzioni intellettive e sensomotorie della corteccia, permette ai centri bulbari (e spinali), svincolati dai loro rapporti corticali, di procedere da soli nella loro funzione, assolutamente isolata. I fenomeni della vita vegetativa e riproduttiva si compiono non solo senza il controllo diretto della corticalità, ma spesso, con i loro bisogni prepotenti accumulatisi nel loro intrinseco dinamismo, forzano la volontà stessa ed alle volte perfino l'assoggettano (minzione, defecazione, erezione, fame, sete). Chi, uccidendo istantaneamente una cavia con la sezione del bulbo, sventra il torace, asporta il cuore, raccoglie nella cavità inondata, il sangue per centrifugarlo agli scopi della reazione di Wassermann; se appende il cuore rozzamente staccato, all'uncino che servì per spezzare il midollo, vede che questo cuore continua ritmicamente a contrarsi ancora per varii minuti, esposto all'aria ambiente.

Ricerche molto recenti del Salvioli (12) dimostrano appunto che il cuore isolato di mammiferi possiede un grado di vitalità superiore a quanto comunemente si suppone. Il cuore di gatto lasciato in sito dopo la morte dell' animale e alla temperatura dell'ambiente, già dopo 4 ore circa non è più in grado di riprendere a pulsare qualora venga messo in condizioni favorevoli di vita. Ma se si varia l'esperienza mettendo un cuore tolto dall'animale appena ucciso nel ghiaccio fondente, si vede che dopo ugual soggiorno al freddo, esso riprende a pulsare nello stesso modo e con la stessa regolarità come se non avesse subìto tale trattamento: e così riprendono a pulsare bene e ritmicamente in tutti i segmenti, cuori che sono rimasti nel ghiaccio fondente per 5, 6, 7, anche 8 ore.

Queste esperienze sono ancora possibili con cuori quasi totalmente

congelati e mantenuti per varii minuti a temperature fra 0° e 6°; ed infine, anche quando tali cuori sembrano morti per azione della miscela frigorifera, basta in molti casi far passare attraverso ad essi, rigidi ed immobili, un pò di estratto di capsule surrenali, per ottenere delle pulsazioni di tale energia da poterle bene inscrivere sulla carta affumicata.

Sono pure note a tutti le famose esperienze del CARREL, che dimostrano l'enorme e insospettata indipendenza vitalistica e funzionale di tessuti e di interi organi asportati da mammiferi di ordine superiore; ricerche che aprono una nuova e sconfinata via non solo alla chirurgia riedificatrice, ma anche a tutta la fisiologia umana ed animale. Secondo recentissime comunicazioni, sarebbe perfino riuscito al CARREL di asportare dal gatto il cuore e l'intero tubo gastro-enterico, dal faringe all'ano, con le ghiandole connesse, e mantenerle in vita e in funzione per un certo tempo. (POZZI, comunic. all'Acad. de Mèd. — Paris Médical. 1913).

Così perfino nel sistema nervoso, secondo le interessanti ricerche di RAMON Y CAJAL (13) e di TELLO (14) i processi degenerativi che si svolgono tanto nel campo centrale che nel periferico, sarebbero azioni vitali che implicano una certa sopravvivenza del protoplasma nervoso. I pezzi di assone strappati dal traumatismo sperimentale e rimasti nel coagulo sanguigno o nell'essudato infiammatorio, si conservano molto tempo infatti senza dimostrare alterazioni bene manifeste di struttura. Perfino i pezzi di cilindrasse fagocitati dalle grandi cellule granulose offrono una notevole resistenza all'autolisi; e nelle sferule distaccate dai cilindrassi si hanno per un pò di tempo ancora segni di vitalità con la formazione di reti, anse, glomeruli fibrillari. Tutti questi fatti appoggerebbero l'ipotesi di CAJAL e di HAIDENHAIN, per la quale nel reticolo neurofibrillare esisterebbero delle unità viventi ultra-microscopiche, relativamente indipendenti e capaci di variare le loro costituzioni microscopiche.

Ma dove noi osserviamo una dissociazione di ordine elevatissimo, è ancora nel puro campo dell'attività psichica normale, tra le funzioni della *coscienza* propriamente detta e quelle del *subcosciente*. Per quanto noi siamo ben lungi dall'avere fissato le modalità, la genesi, le caratteristiche di questo campo così esteso e fondamentale di attività intellettiva; per quanto forse esso non sia che un comples-

so di fenomeni spirituali automatici o differenziati dalla stretta coscienza solo perchè accompagnati da un minore contributo di cenestesi o viceversa, pure noi sappiamo che esso costituisce parte essenziale, spesso altamente determinativa, ma nettamente isolabile, dell'intellettualità e degli affetti.

Forse alle volte il subcosciente è il derivato di quei stimoli cenestesici interiori che sono corticalmente poco rappresentati: forse esso si riconnette per oscuri legami engrammici a rappresentazioni pregresse di alto valore tonale affettivo e intellettivo: certo è che esso si svolge con grande indipendenza, con una vera e propria autonomia anche nell'uomo più normale, per il quale spesso costituisce un provvido sottostrato di rinforzo alla potenzialità creativa ed associativa. Forse ancora esso rappresenta un'attività eminente di difesa, raccogliendo in sè, come in un serbatoio di scarico, quegli stimoli associativi che potrebbero essere, a un dato momento, in contrasto con un'associazione prevalente e più necessaria, per poi rievocarli a tempo debito e a campo cosciente più sgombro. Comunque sia, il subcosciente rappresenta una funzione dissociativa a finalità eminentemente integratrice e conservativa; spesso si conservano, germinano e maturano in esso prodotti mentali di altissimo valore; oppure funziona a preferenza quando l'intelletto riposa, o lo distrae nel suo lavoro, o lo illumina capricciosamente di luce vivissima ed insperata nelle sue affannose ricerche del sapere. Il subcosciente costituisce ad ogni modo una attività estremamente distinta della coscienza ed offre l'esempio più elevato e preponderante della dissociazione psichionica fisiologica.

Per ciò appunto, negli stati morbosi psicogeni, nell'isteria, nelle fobie e ossessioni, nella neurastenia; anche e ben più di quanto si creda nelle demenze primitive e forse in tutte le psicopatie; in una parola, in tutti quelli stati ove il controllo cerebrale, cioè l'attività psichionica superiore, per cause dinamiche od organiche è diminuita intensivamente o estensivamente; il subcosciente, vigile scolta e tutela della continuità biologica diurna e notturna della psiche, deborda dai suoi confini e pervade il piano soprastante della coscienza, sminuito e ristretto.

Gli studii sull'isteria hanno già messo in evidenza una capacità estrema di dissociazione delle funzioni psichiche e psicomotorie corti-

cali le quali, senza giungere alle illazioni di Sollier, Freud e Babinski trovano la loro espressione più largamente dimostrabile nella suggestibilità, nella ipnotizzabilità, e nella dissociazione psiconeuronica. Se ipnotismo non è isteria e non tutti gli isterici sono ipnotizzabili, è certo però che un gran numero di soggetti, forse in diretto rapporto con la gravità dell'affezione, sono passibili di ipnosi (auto-ed eteroipnosi) e di sonnambulismo (spontaneo o provocato); dalle forme più lievi ai famosi e rari sdoppiamenti completi della personalità. Questa attitudine eminentemente psicoschisaria, per cui l'attività subcosciente sembra con tanta ampiezza subentrare alla coscienza lucida sensorio-intellettuale, è certamente una delle caratteristiche fondamentali e più comuni dell'isteria: ma non tanto che molte isteriche non ne siano assolutamente prive. In questi casi però altri fenomeni psicoschisarii possono venir rilevati. Essi consistono nella estrema *impressionabilità emotiva*; nella stabilità con cui gruppi ideoemotivi permangono in latenza nel subcosciente, pronti a scaricare la loro carica affettiva o tradursi in azione; *il drammatismo,* così caratteristico di alcune, che deriva dalla fantasia emotiva e che le colloca, nella vita comune, come un personaggio da romanzo (così appunto si prospetta loro per certi lati la vita stessa ed il proprio Io) e le fa agire come se fossero in un ambiente scenografico di passionalità; *la mitomania, la ruminazione mentale, o polarizzazione, monoideismo, idea fissa, (psicomericismo),* infine inteso con una certa necessaria restrizione, *l'infantilismo psichico.* Tutte queste attitudini non sono altro che l'esponente di una tale estrema dissociazione del potenziale mentale, per cui l'impulsione vince la riflessione, la passione il ragionamento, il subcosciente prevale sul cosciente, ed il campo delle rappresentazioni prevalentemente (ma non sempre) emotive subisce un' allargamento enorme e paradossale, a tutto discapito della volizione e dell'associazione; con un'influenza più o meno diretta, (e tuttavia non strettamente necessaria), sullo svolgimento dei fenomeni correlativi psiconeuronici e somatici inferiori.

L'isterica dunque, nel campo psichico e più spesso timopsichico viene a trovarsi in una posizione di eccezione, in un equilibrio eminentemente instabile, che si traduce all'esterno con una *ipermegalia reattiva* dei campi psichionici e, come vedremo in seguito, anche neuronici. Questo fatto naturalmente non esclude che spesso le altre

facoltà noopsichiche siano ancora così conservate e rette, da permettere all'isterica di dissimulare in gran parte i suoi interiori procedimenti, di esercitare un freno grandissimo sulla propria emotività o instabilità reattiva costituzionale: la quale solo allora esplode nella crisi o nell'equivalente, o nel sintomo spinale o simpatico, quando la carica psichionica o neuronica a lungo tempo repressa, o il dato sistema eminentemente reattivo, forza le barriere e deborda dalle saracinesche. Ed infatti l'elaborazione della mentalità isterica è spesso in gran prevalenza subcosciente: la lotta fra l'impulsione emotivo-rappresentativa (o quel qualsivoglia centro di squilibrio potenziale) e la critica cosciente inibitiva, è vivace e prolungata: l'isterica soffre più assai di conflitti interiori che non di manifestazioni esterne; di sofferenze fisiche denegate, perchè non si sanno interpretare e sono troppo comodamente attribuite alla fantasia od alla suggestibilità; assai spesso infine, vince; e solo, quando scoppia il sintomo, momentaneamente soccombe.

Solo con ciò noi possiamo e dobbiamo spiegare sia le favorevoli condizioni intrinseche del somatismo, che l'integrità spesso completa della struttura esteriore del psichismo isterico: la moralità, la lucidità, l'elevatezza intellettiva di molte isteriche; nelle quali il disequilibrio psicoschisario, lungi dal portare alle sciocche assiomatiche caratteristiche degli antichi autori, può, entro limiti ben ampi, venir compensato e represso.

L'isteria, anche grave, è una malattia degenerativa che è sottoposta alle regole comuni di tutte le malattie umane, ha i suoi periodi di compenso o scompenso, sintomi facili a spiegare o difficili da interpretare; come la gotta, il reumatismo, l'artritismo, le cardiopatie; ma la diatesi originaria non è solo compendiata nel sintomo acuto, nè le caratteristiche psicodegenerative di un episodio isterico dànno diritto di affibiarle, come stimmate fisse ed infamanti quasi, a tutta la vita od a tutte le azioni della isterica.

Sono questi vieti pregiudizi e unilateralità di giudizio che hanno fatto il loro tempo. La mobilità dei sintomi isterici è diretta funzione della universalità funzionale del nevrasse; ed il loro numero, che sembra tanto esagerato e quasi grottesco, non è certo maggiore delle infinite modalità sintomatiche che, in ogni parte dell'organismo

sono state descritte per la gotta, l'uricemia, il neuroartritismo, la tubercolosi, la sifilide e via dicendo.

Il BIANCHI (15) in un ammirabile articolo, dove è compendiata l'esperienza di una lunga ed estesa osservazione clinica, pone a base dei fenomeni isterici la facile disgregabilità psichica o, per usare un suo stesso termine, (16) le variazioni ed i disequilibrii del potenziale dinamico (mentale), secondo un concetto che il JOIRE riprese ed illustrò qualche tempo dopo al congresso di Amsterdam.

" Quello che rappresenta il carattere fondamentale, essenziale dello isterismo (scrive il BIANCHI), che ci porge il modo di interpretare tutti i fenomeni che prendono parte alle rappresentazioni di questa così proteiforme nevrosi, è la facile disgregabiltà della personalità psichica accompagnata ad una specie di infantilismo. Molti dei caratteri che osserviamo negli isterici sono elementi integrali della mente del fanciullo: la capricciosità, la illogica mutabilità dell' umore, la ostinazione nei desiderii, il facile passaggio dal pianto al riso, le simpatie e le antipatie in apparenza illogiche, l'egoismo, l'imitatività, la credulità sono tutti fatti che troviamo in egual misura nell' isterico e nel fanciullo. La suggestionabilità, che d'altronde è essa stessa la espressione della scarsa consistenza del potere logico, vale a dire della coesione e dell' affinità degli elementi costitutivi la personalità, che è, e deve essere un fatto normale nella fanciullezza, diventa un carattere patologico nell' isterismo dello adulto. Così pure la imitatività.

La disgregabilità ci apparisce nella vita psichica quello che nella composizione dei corpi è l' affinità degli atomi, o per esprimermi con linguaggio moderno, degli ioni. Come esistono composti chimici molto resistenti, quali non si risolvono nei loro elementi se non per processi chimici o fattori fisici di alto potenziale, mentre alcune altre sostanze si decompongono, o passano in stati isomerici sotto l'azione di agenti meno potenti, come un urto, ovvero la luce, o un debole grado di calore, così gli elementi costitutivi la personalità di alcuni esseri facilmente disgregabili, quali sono gli isterici, non resistono agli stimoli sotto i quali rimane integra la personalità di ogni uomo regolarmente evoluto e fortemente costituito. La personalità isterica si scompone facilmente e ricompone sotto l' influenza di stimoli leggerissimi talvolta interni e che talora non varcano neanco la soglia della coscienza. Essa rimane ad un livello più basso di evoluzione. Questo

stesso fatto fondamentale che, secondo me, caratterizza la struttura mentale della isterica spiega pure il rapido alternarsi della carica di potenziale nervoso nelle diverse regioni del cervello, non solamente del mantello, ma anche negli organi subcorticali.

Le anestesie e le iperestesie, le paralisi e le contratture hanno lo stesso valore che i rapidi scatti, i capricci, i desiderii strani e bizzarri, le menzogne ed i tiri di cui sono capaci le isteriche. In tutti questi casi manca la uniformità fondamentale che caratterizza ciascuna personalità: il comporsi e lo scomporsi strano e illogico di complessi psichici, i cui nuovi prodotti guizzano senza assumere rapporti con gli altri componenti la personalità, onde derivano lo strano ed il bizzarro che raggiungono il grottesco, il crimine e l'eroismo, non sono che lo effetto della disgregabilità della mente dell'isterica. Questa stessa situazione ci dà ragione di quella condizione spasmodica (psicospastica), che noi riscontriamo in molti casi di isterismo, determinata da una emozione o da una rappresentazione la quale induce una stereotipia muscolare, che a sua volta è associata ad una condizione statica dell'animo. Questa può raggiungere lo estremo che rassomiglia per molti dati ad una demenza catatonica grave.

Il restringimento del campo della coscienza quale è stato descritto da Janet, e sul quale l'egregio psicologo di Parigi ha tanto insistito, non è che una fase e un fenomeno dell'isterismo, che dura fino a quando esistono i più gravi marchi isterici (contrattura, paralisi, anestesie, iperestesie, cecità ecc.). Esso è l'effetto della inibizione della funzione intellettiva (associativa) in conseguenza dell'alto potenziale dei complessi psichici (emotivo-rappresentativi) strettamente collegati con l'agente provocatore della sindrome isterica, e con i fenomeni psico-somatici ond'essa risulta. Quando questi sintomi scompaiono, la mente diventa più ordinata, il campo della coscienza si reintegra. Esso dunque è un fenomeno, non la essenza della malattia.

Quando si riequilibra la funzione cerebrale è segno che il potenziale nervoso è più regolarmente distribuito tra le diverse parti del mantello cerebrale e tra il mantello cerebrale e gli organi inferiori. Tutto quello che rimane è la disgregabilità della personalità psichica, la quale per il passare degli anni e col favore delle circostanze esteriori potrà anche rinvigorirsi.

Va notato intanto che le parti iperfunzionanti del cervello non

dànno un prodotto utilizzabile dalla mentalità, perchè isolate: quella apparisce per conseguenza sempre difettante. Se poi questa situazione si vuole considerare da un altro punto di vista psicologico, noi potremo rappresentarci l'attività cosciente come interdetta dalla iperattività dell' incosciente o del subcosciente che impedisce il legittimo movimento di idee, di imagini e di emozioni normali, imprimendo altresì alla coscienza le note della statica, una condizione spasmodica che come dicevo poco innanzi, può raggiungere il grado di una vera contrattura psichica a contenuto monoideistico, ovvero effettivamente mancante di qualsiasi contenuto apprezzabile „.

∴

Sembra oramai, per quanto riguarda la mentalità isterica, che l'accordo di massima sia raggiunto fra scuole e autori più diversi: e che gli screzî di vedute si appoggino piuttosto a questioni di particolarità che non di sostanza. La caratteristica *mentale* dell' isteria è dunque per tutti una instabilità dell'equilibrio distributivo del potenziale mentale che si basa sulla facoltà costituzionale di *schisi* (dissociazione) dei componenti dinamici della cerebrazione, o, per usare la mia parola più sintetica, di *psicoschisi*. Su questo procedimento, inteso, nei rapporti dell' isteria come un fatto di ordine puramente biodinamico (ma che è sempre fondamentalmente anatomico) si fondano le varie modalità sintomatiche: dissociazione della personalità, restringimento del campo di coscienza, suggestibilità, ipnosi, iperemotività, drammatismo, polarizzazione, monoideismo, idea fissa, infantilismo, ecc.; tutti fenomeni di un disordine od una ipermegalia reattiva che corrispondono, per così dire, ad ipertrofie locali dei centri psichici con a corrispondente scompenso e silenzio di certi altri. Già Esquirol, con sottile paragone, aveva assomigliato le idee fisse ad una " catalessia dell' intelligenza „.

Ma questa fenomenologia già per sè stessa multiforme, frequentissima, quasi essenziale in alcuni oggetti, non è però nè assoluta nè unica. Esistono isteriche in cui i citati squilibrii mentali, anche esistendo, vengono facilmente neutralizzati o dànno manifestazioni sporadiche od univoche: mentre, soli od uniti ad esse, compaiono infiniti altri sintomi motori o somatici, che non sempre possono spiegarsi con

una dissociazione psichica e sono, in gran parte, sottratti all' influsso della psiche o ad una sua diretta correlazione morbosa.

Anche omettendo di considerare per un momento le più banali paralisi, cotratture, anestesie, iperestesie (queste due ultime forse di origine prevalentemente psiconeuronica), tutti i più svariati sintomi viscerali, vasali, trofoneurotici, certi anche sensoriali, sembrano sfuggire ad un' interpretazione psicopatologica e dànno facile esca alle aprioristiche denegazioni della scuola pitiatica, che li chiama (gratuita necrofora) paleopatologici. E per verità essi costituiscono quasi il ponte degli asinelli o il problema della quadratura del circolo anche per quei volonterosi che sulla base di incontestabili osservazioni cliniche, li ammettono come fenomeni strettamente isterici perchè facenti parte intrinseca ed integrale della famosa nevrosi.

Noi dobbiamo anzitutto affermare che la patogenesi psicotica, ideoemotiva di molti sintomi somatici è un assurdo. Se un' idea (che per molti non è che il principio potenziale dell'atto) può determinare l'atto stesso, ciò è solo possibile quando ad un' idea precisa possa corrispondere un atto preciso volontario corticalmente rappresentato e intellettivamente preciso. Ed ancora ciò potrà avvenire quando quel tale atto sia — in condizioni normali — sottoposto alla volontà.

Noi possiamo variare la statica e la dinamica del nostro corpo perchè la motilità muscolare degli arti è direttamente assoggettabile alla volontà: ma non possiamo variare, se non entro limiti molto ristretti, in casi eccezionali, attraverso a meccanismi *indiretti* (sforzo volontario, rimproveri, emozione, inibizione) le sensibilità dolorifiche, bariche, e soprattutto termiche e tattili che dipendono in gran parte dai centri automatici extracorticali e non sempre perfettamente localizzati. L' idea del caldo, del freddo, del tatto, è già un' idea molto diversa da quella del movimento: e la termogenesi e la sensibilità tattile si compiono attraverso meccanismi che non sono affatto soggetti nè all' ideazione nè alla volizione, intese nel senso determinativo che è ammesso per la genesi centrale dei fenomeni isterici. Se l' isterico può aver paralizzato l'arto in base all' idea di paralisi, non può certo abolire la sensibilità tattile e termica di esso o di altre parti, dal momento che questi meccanismi non sono volitivi e che la loro proiezione corticale sensoriale manca del carattere di volontarietà e di localizzazione (cioè esatta rappresentazione), ideativa. Egli può

certamente appena un poco influenzarli, ma, come dissi, col meccanismo indiretto della riflessione, della volontà, più spesso della distrazione e suggestione (fenomeni negativi) ma non dell' idea precisa: anzi tutti questi meccanismi si svolgono attraverso ad uno stato *generico* di emozionalità, che non è altro se non fatto di *psicoschisi* involontaria e ben diverso dalla precisa rappresentazione o volizione cosciente. Le anestesie, analgesie, iperestesie, iperalgesie isteriche sembrano dunque esser già dei fenomeni estranei al meccanismo puramente psichiònico isterico: e poichè hanno sede e centri importantissimi nei gangli della base, nel bulbo, nel midollo, sono con tutta probabilità esponenti di processi *psiconeuroschisarii*, di ordine psichico inferiore e rivestiti già di attributi somatici evidenti. Lo stesso dicasi dell'amiostenia, che se pur d'origine emotiva o no, dipende forse da alterazioni generali endocrine; e della contrattura che, istituendosi con un meccanismo che la volontà sa produrre, ma non sa nè può mantenere che per un tempo limitatissimo, indica la esistenza, nella sua paradossale stabilità isterica, di meccanismi riflessi inferiori, subcorticali, forse bulbo-spinali.

Molto maggiore importanza, nella produzione di sintomi psichici e somatici, hanno gli stati emotivi: e tale osservazione universalmente accettata non fa che ribadire il nostro concetto. Lo stato emotivo è una condizione complessa del somatopsichismo: niente affatto puramente psichica o necessariamente rappresentativa: altrettanto possente quanto ideologicamente poco determinata: che è accompagnata da enormi corteggi somatici e vasali e viscerali del tutto indipendenti: (James [17], Lange [18]), di cui spesso non esiste ad ogni modo alcuna nozione ideativa precisa e che sono addirittura ignorati dalla coscienza e dalla rappresentazione. Il meccanismo dell'emozione che ha tanta parte nell' isteria come nella vita normale, agisce nel senso più perfetto della *bioschisi:* mette in abnorme azione dei meccanismi localizzati forse molto estesamente nei centri subpsichici e bulbo-spinali, la cui caratteristica precisa è quella di sottrarsi ai tenui legami corticali per agire in indipendenza e in tumulto, (vedi ad esempio l'ereutrofobia) (19). Questo meccanismo appunto ci introduce con estrema chiarezza alla nozione più generale dei processi *neuroschisarii* dell' isteria: cioè a quei fenomeni di dissociazione funzionale che si sottraggono in gran parte al controllo cerebrale, che si svolgono in-

dipendentemente da esso e che, come possono dipendere da idee emotive o da stati emotivi (che sono già più imprecisi dell'idea); costituiscono in altri casi dei fenomeni autoctoni ed indipendenti nel quadro complessivo della sindrome isterica.

E per verità, il concetto di *neuroschisi* non è se non un logico corollario delle premesse patogenetiche più generali e incontestate dell'isteria. Se essa è, rispetto ai suoi sintomi mentali, una diatesi dissociativa costituzionale della psiche (psicoschisi), la corteccia è una parte del nevrasse che si svolge, nel germe, in intimissima connessione con le altre; e poichè il nevrasse tutto intero partecipa delle caratteristiche del germe stesso già anomalo e degenerato in sè, è evidente che non solo la corteccia, ma anche tutto il rimanente nevrasse, dovrà portare seco alla luce le impronte o l'attitudine generica della degenerazione e della dissociabilità.

Le prove cliniche incontestabili di questo fatto stanno appunto nei molteplici sintomi somatici, trofici, viscerali dell'isteria, che, in base al nostro concetto generale di bioschisi del nevrasse, vengono a ricevere un'interpretazione logica, precisa e rigorosamente anatomo-clinica.

Si potrà obiettare a questo punto che in molte psicopatie la manifestazione degenerativa di morbilità sembra interessare esclusivamente la corteccia, anzi il psichismo superiore, e che questa costatazione potrebbe contraddire la nostra premessa. Ma noi dobbiamo osservare: 1.° che l'isteria non è una psicosi; 2.° che se ciò è apparentemente esatto per certe rare fobie e paranoie, o demenze paranoidi, esistono anche in queste disturbi cenestesici notevolissimi che indicano una partecipazione neurassiale generale, ancor male conosciuta e male interpetrata; 3.° che esse hanno per base forse quasi sempre, delle alterazioni somatiche e ricambiali ancora ignote; 4.° che l'isteria è precisamente la nevrosi degenerativa per eccellenza del neuropsichismo perchè in essa, con esuberante frequenza e a portata di mano esistono i sintomi più evidenti della neuroschisi subcorticale e simpatica. Naturalmente in certi casi prevalgono i sintomi psicoschisarii, in altri neuroschisarii, ond'è, che con una divisione non solo puramente scolastica, noi possiamo distinguere:

a) una forma di *psicoisterismo*

b) una forma di *somatoisterismo*

c) una forma di *psicosomatò-isterismo* (*a*, *c* isteria maior; *b* isteria minor) secondo un criterio di localizzazione anatomo-funzionale perfettamente ammissibile, anzi secondo noi necessaria. Nessuno oserà affermare che il lupus non è tubercolosi perchè è cutaneo e non classicamente localizzato ai polmoni: che le tubercolosi ossee e linfatiche sono diverse dalle polmonari; o negare che queste varietà non sono altre che localizzazioni diverse dalla tubercolosi (costituzione morfologica degenerativa + bacillo, De Giovanni 20, 21); come tutte le varietà di isteria non sono che localizzazioni più o meno precise, multiple o semplici, psichioniche, psiconeuròniche o neuròniche di una stessa diatesi degenerativa dell'intero nevrasse.

I sintomi somatici, per usare un termine tradizionale, o neuroschisarii per parlare con un linguaggio anatomico, sono dunque manifestazioni extracorticali dello stesso ed identico processo isterico; alle volte subordinati ad azioni od interruzioni psichioniche, altre volte costituenti un'attività neuroschisaria autonoma.

Quando noi vediamo una paralisi isterica istituirsi nel sonno; o un soggetto perfettamente sincero ed onesto dichiarare "di non sapere come si sia istituita„; quando noi osserviamo nel corso della crescenza o in isterici conclamati, edemi, trofoedemi, vomiti, iperalgesie, turbe di ogni genere del nevrasse bulbospinale e simpatico, che possono dipendere da alterazioni biochimiche di crescenza, ma che rappresentano sempre qualche cosa di più costituzionale, se pur nell'apparenza slegato, bizzarro, strano, noi dobbiamo affermare:

1.° che la psiche, cioè la rappresentazione o, subordinatamente, l'emozione, non entrano alle volte per nulla;

2.° che questi fatti sono isterici perchè sono l'esponente di processi di dissociazione funzionale neurònica, spesso a preferenza simpatica, perfettamente identici, nel loro meccanismo di evoluzione a quelli della dissociazione psichica: che non influenzano la vita e che scompaiono quando i momenti dinamici slivellatori, esogeni o endogeni di questi sistemi nervosi inferiori scompaiono o si riducono.

Una simile concezione perfettamente anatomica, fisiologica, clinica ci spiega infine chiaramente perchè possano esistere sintomi somatoisterici in soggetti non costituzionali; sintomi psicosomatoisterici nei neurastenici, fobici, nei dementi precoci: ogni qualvolta un processo morboso comunque metta in attività, per sottrazione a rapporti corticali

superiori, o per una acuta degenerazione anatomica o funzionale, le funzioni di sistemi nervosi abitualmente connessi a quelli, o dotati, in via normale, di una già grande autonomia.

Questo concetto generico e specifico della neuroschisi, basato sulla filogenesi ed ontogenesi dell'individuo e sulla morfologia del nevrasse, ci sembra dunque già troppo rigorosamente dimostrato dalla fisiologia umana e sperimentale, dalla psicopatologia e dalla clinica stessa, perchè possa venir di leggieri denegato.

*
* *

L'osservazione più esatta del somatismo isterico mette anzi in evidenza un fatto, già noto nei suoi elementi, ma non ancora interpretato; e che cioè la massima parte dei disturbi isterici extracorticali, come i trofoneurotici, vasali, viscerali, sono in dipendenza del *gran simpatico.*

L'enorme, e troppo leggermente contestata, congerie di osservazioni e studi della scuola tradizionate ci dispenserebbe dal citare, a sostegno della nostra tesi, fatti ed esempi ben noti a tutti: noi invochiamo tuttavia a questo punto anche il contributo della nostra personale esperienza, a proposito di casi clinici estremamente precisi, controllati con rigore e seguiti alcune volte per dieci o quindici anni. Fra questi è molto dimostrativo il seguente.

Signora X, di anni 37, maritata. Nessuna malattia infantile. Mestruò a 13 anni senza difficoltà, e da allora i flussi tributarii si compiono con regolarità estrema a ricorrenze esattamente mensili. Dall'età di 10 anni fino all'età di 20 circa, sofferse di " dolori alle gambe ", i quali, insorti per 5-6 anni episodicamente e senza particolari caratteri o turbe, assunsero, negli ultimi tre anni di durata un carattere più continuo, se pur ancora remittente. I vari esami obiettivi somatici ed elettrici riuscirono sempre negativi, la salute si mantenne sempre ottima; il soggetto accusava solo lieve astasia ed abasia appena abbozzate, dolorabilità accentuata al cavo poplitèo, talvolta ai lombi, tal altra alle tibie: senza precisa localizzazione, anzi con facile variabilità di sede, sempre però nel dominio del treno posteriore. Un primo e secondo anno di cure termali diedero un vantaggio immediato, ma di pochi mesi; al terzo anno il medico eseguì, oltre alla grotta e fanghi, una cura di elettricità statica, dopo la quale la signora X, allora signorina, guarì definitivamente. Va notato-

che nello stesso periodo di tempo, fra il 15.° ed il 20.° anno di età, quasi ad intercalazioni con i dolori pseudonevritici, si osservarono degli edemi localizzati alla faccia, simili all'edema bleu di CHARCHOT, e scomparsi con eguale spontaneità. La signora X presenta una temperatura periferica assai bassa, le estremità sempre fredde sia d'estate che d'inverno, una pressione sanguigna ipotensiva, senza la menoma sofferenza ed a sistema circolatorio organicamente perfetto. Crescendo nell'età, la signora X, persona intelligente e di principii morali ottimi, presentò e presenta tuttora, anche di fronte a fatti della vita apparentemente insignificanti, una sporadica ma costituzionale tendenza al vomito. Un contrasto lieve, o il semplice invito ad andare al teatro, la preparazione alla toilette, determinano nausea e vomito che insorgono, alle volte, senza alcuno di questi motivi, con conati, scialorrea riflessa, e che subito si risolvono. Altre volte invece, sia dopo il pasto, od un'emozione, o un contrasto vivace, sia in seguito ad una intensa ruminazione mentale sulla base di spunti fortemente ideoemotivi subcoscienti, la paziente presenta una lipotimia a carattere sincopale. Ella si raffredda, si lagna di nausea e vertigine, fissa le braccia con la porzione omerale ai lati del torace estendendo gli antibracci e le mani come in atto di invocazione: chiude gli occhi, li arrovescia e senza perdere mai conoscenza continua a lamentarsi. Deve allora essere coricata, riscaldata e assistita. Dopo mezz'ora o un'ora, l'attacco è totalmente scomparso senza traccia. Il sistema circolatorio è, come si è detto, perfetto e non entra per nulla in tale meccanismo, vasomotore simpatico.

Talora l'attacco vasospastico di lipotimia insorge improvvisamente senza veruna causa apparente psichica o somatica: e si dilegua sempre senza postumi, così come rapidamente si è istituito. Quando la signora X, estremamente propensa alla fantasticheria ed al romanticismo interiore (pur essendo donna di casa pratica e coerente) vi si abbandona senza freno; svolge ed accarezza e quasi pasce il subcosciente di reminiscenze emotive, o di ipotesi le più lontane a forte tonalità di affetto; si determina sia l'attitudine al vomito, che ad un malessere generale a tipo lievemente e transitoriamente depressivo. Basta allora un immediato intervento di suggestione o distrazione compensative (carezze delle sorelle, del marito) per far scomparire istantaneamente lo stato psicosomatico anzidetto.

Questa attitudine al vomito è partecipata da altri due fratelli e due sorelle. Una terza sorella presentò turbe isteriche conclamate della crescenza, e tuttora soffre di turbe vasospastiche e funzionali: delle due prime citate una è affetta da gelosia morbosa, l'altra da isteria convulsiva nsorta all'inizio della menopausa.

La signora X andò a marito all'età di 30 anni. Non ebbe mai malattie di alcun genere, salvo le citate turbe nervose e, due volte, l'erisi-

pela agli arti inferiori da grattamenti eccessivi in seguito ad eruzione di pomfi di origine inspiegabile: eruzione che durò, a intermittenze, per più di venticinqne anni. In epoca non precisata, ma già fin dalla primissima infanzia, la signora X andò soggetta ad un prurito molesto che la tormentava ricorrentemente ed era causato da grossi pomfi rilevati sulla cute e senza particolare topografia: veri sollevamenti grossi, arrotondati, pallidi, del diametro di due fino a otto o dieci millimetri. Questa eruzione, disseminata a capriccio, imprecisa, senza localizzazione o durata fissa, si mantenne fin dopo il matrimonio. Bagni, pomate, frizioni, acque termali, cure esterne ed interne riuscirono vane o palliative: l'eruzione ricompariva sempre a suo beneplacito. Furono consultati varii specialisti che emisero le più svariate ipotesi: un illustre dermatologo consigliò l'acido fenico in pillole da cinque centigrammi. Questa cura agì per il tempo in cui fu fatta e solo arrivando alla dose di quaranta centigrammi pro die: ma mentre l'eruzione scompariva, minacciava contemporaneameute di scomparire anche la mucosa gastroenterica. E si capisce.

Andata a marito e recatasi con questo, per ragioni professionali, in un paese ove le abitazioni anche più pulite erano infestate da pulci, l'eruzione esplose con nuovo impeto. Il marito giudicò che l'eruzione non era che un'orticaria da punture di questi insetti. Trasferitisi di paese l'eruzione scomparve: ritornati, ritornò l'eruzione; recatisi definitivamente altrove e in luoghi più puliti, la burlesca dermatite scomparve e non tornò mai più. La famosa eruzione era un'orticaria da pulci. Ed infatti ogniqualvolta uno solo di questi insetti di buon gusto si attacca alla delicata epidermide della signora X, compaiono alcuni pomfi con relativa stizza e prurito; eliminata la risibile causa di sì enormi conseguenze, queste cessano d'emblée. A qualche cosa aveva servito anche il matrimonio.

E' noto che la puntura della pulce determina generalmente una chiazza estremamente caratteristica; costituita da un centro arrossato simile ad un nucleo rotondo, circondata da un largo alone circolare, roseo, più sbiadito, assolutamente piano e non mai sollevato. Nella signora X invece, questa tipica ed universale reazione a tipo emorragico non esisteva, ed al suo posto insorgeva un pomfo edematoso, raramente roseo, enorme ed anemico: dimostrando una iperreattività cutanea assolutamente nuova e d'eccezione.

La signora delle pulci è figlia di un tabetico: la madre morì di malattia comune. Sposatisi in giovane età, costoro ebbero sette figli nati a termine e sani, di cui sei superstiti. Una bambina morì di scarlattina all'età di 10 anni. Non vi furono aborti, salvo uno, dopo molti parti a termine, per causa accidentale traumatica. La tabe del padre fu di origine

reumatica (?) sembra ad ogni modo assai difficile poter ammettere in questo caso (senza poterla a priori escludere) la sifilide.

I figli superstiti presentano le seguenti caratteristiche:

a) femmina. Moralmente e intellettualmente elevatissima. All' età della crescenza ebbe disturbi isterici tipici: sonnambulismo spontaneo diurno, spasmi muscolari, grimaces, crampi: Nessuna malattia infantile o intercorrente. Idiosincrasia per le mele: l' odore solo di queste determinava spasmi faciali, smorfie, costrizione faringea, angoscia precordiale, trisma, afonia, bòlo, nausea. Il soggetto ha sempre reagito energicamente contro queste sue turbe che non è mai riuscito ad eliminare: ancor oggi, in età matura, compera delle mele, le porta in casa ma soggiace, dopo lo sforzo, a nausea, principio di vertigine, lipotimia, cefalea. Questa signora presenta tuttora nausee, vertigini, lievi attacchi sincopali; afonia isterica sia improvvisa ed immotivata che post-emotiva. Nel resto è donna sanissima, di estrema forza di volontà, di elevati sentimenti e di grande fattività e saggezza.

Esiste infine in costei un tipo di reattività (vaso-motoria) somatica all' emozione, di natura eccezionale ma assolutamente precisa e solidamente documentata.

In base ad emozioni dolorose ed enormi che, con la solita forza d' animo la signora, a) sa contenere in sè stessa; si istituisce, quasi istantaneamente, dopo non più di mezz' ora od un' ora, un' edema tipico esattamente localizzato ad una metà dalla faccia. Questo edema o gonfiore enorme: vero equivalente somatico o contraccolpo vasomotorio dell' emozione scomparve la prima volta in alcuni giorni spontaneamente or sono molti anni fa: ma ritornò ancora altre volte nella vita, con gli identici caratteri, sempre in diretta ed esclusiva funzione di avvenimenti dolorosi e di stati emotivi shock.

La signora a) infine sofferse di una nevralgia acutissima monolaterale della branca mascellare del trigemino, a dentatura perfettamente sana e senza causa apprezzabile.

b) donna. Mentalità e moralità elevate. Gelosia e sensitività quasi patologiche: iperemotività. In gioventù mastodinia da freddo. Mancano altri dati: ma probabilmente molti comuni con *c) d) e)*;

c) maschio. Mentalità normale: moralità elevata. Attitudine alla lipotimia e al vomito emotivi.

d) femmina robustissima. Intelligente e morale. Bizzarra, di umore variabile ma prevalentemente scherzoso ed allegro. Disposizioni diatesiche come in *a) c) f)* e forse anche in *c)* alla lipotimia ed al vomito spontanei o postemotivi, l' emotività, coma in *b) f)* capace di accumularsi ed esplodere in scariche drammatico-passionali violentissime (per cause spesso reali ma inadeguate) esageratamente polarizzate ed elaborate nella rumina-

zione mentale: così da dare il quadro di veri attacchi e di crisi psicopatiche. In età di 25 anni sofferse di asma, diagnosticata nervosa, che guarì, ma che ogni tanto, attenuata, ricompare, sulla base di un principio appena abbozzato di enfisema bilaterale.

All'età di 42 anni, forse prodromiche del climaterio, sono insorte crisi convulsive isteriche conclamate.

e) maschio robustissimo. Intelligenza e moralità superiori. Un po' strano; ma individuo di grande efficacia e rettitudine nell'ambito della sua vita sociale professionale.

f) signora X.

Ai dati sopra riferiti, si aggiungono in questa un ribrezzo estremo alla vista dei maiali, disgusto per l'anguilla, per il lepre: una fobia ultrapatologica per i sorci, alla cui vista si istituisce fulmineamente uno stato quasi psicopatico di angoscia e di incoordinazione psicomotrice: il quale stato si determina anche quando il soggetto veda da lontano un topo morto o creda addirittura in un oggetto o animale qualunque (perfino, di sera, in un gatto) di ravvisare un topo.

Oltre di ciò, odori nauseanti, ma tollerabili per i più, determinano immediatamente il vomito: uno stato emotivo, oltre alle sequele già accennate, ed a reazione di pianto troppo facile ed infantile, è seguito quasi istantaneamente da profonde turbe gastroenteriche funzionali: alito fetido, acetonico, anoressia, crampi gastrici ed addominali, spasmi vasali ischemici. Il soggetto è distraibilissimo e altrettanto disordinato nei dettagli ordinativi della tenuta domestica, quanto esatto e coerente nelle sue più elevate direttive intellettuali e sociali.

Dopo scritto lascia aperti il calamaio, le lettere, la busta; dopo lavorato, i cassetti e le trousses; dopo letto, lascia spiegati i libri e i giornali: frugando nei cassettoni lascia una confusione babèlica.

Tutto ciò perchè il subcosciente, prepotente ed accarezzato lavora di preferenza, e a detrimento dei piccoli atti della vita; trascurabili per verità, se isolati, ma le cui variazioni, tutte sommate, indicano, nel soggetto, le caratteristiche della sua costituzionale attitudine. Quanto è giusto, come ben disse FERRARI (23), alle volte il grande significato delle piccole cose!

La signora X sofferse ancora, due anni prima della sua unica e normale gravidanza, di una forma di lombaggine dolorosissima, insorta senza causa, (forse da uno sforzo inavvertito nel curvarsi?). Il dolore precisamente localizzato in un punto poco sopra il sacro di sinistra, determinava una tipica e pronunciatissima scoliosi funzionale, che durava da uno a due mesi e tendeva ad immobilizzare la parte sinistra del tronco.

Guarito più spontaneamente che per opera di massaggi il primo anno, il dolore lombare ricomparve il secondo anno, nello stesso mese con le

stesse caratteristiche: salvochè ogni più piccolo movimento determinava delle crisi di dolore spasmodico, drammatico ed impressionante. Una cura di elettricità statica sembrò anche questa volta aver definitiva ragione del disturbo, la cui natura organica rimase in ogni caso ben lungi dall'essere dimostrata.

Un' ultima caratteristica mentale non meno interessante ed estremamente precisa e fissa, è costituita, nella signora X, dall'organizzazione imperativa di "complessi,, mnemonici, ad altissimo tono affettivo e riguardante la "tradizione familiare,,.

I detti, i fatti, gli episodii educativi dei genitori (che per verità furono individui di rara elevatezza), i particolari anche minimi della rispettiva vita paterna e filiale (svoltasi nella facile, ma non per ciò meno degna, onestà di una grande ricchezza) sono fissati nella mente del soggetto con una vivezza straordinaria, che non sta certo in rapporto con la loro notevole lontananza nel tempo e che conferisce loro il valore di un simbolo. Ad ogni fatto della propria vita familiare o della società, la signora X applica con estrema spontaneità, con un meccanismo oramai automatizzato, i fatti e gli esempi da lei appresi o a lei tramandati nella famiglia paterna.

Questi "complessi familiari ,, assorti ad un vero sistema di feticismo ideoaffettivo, sono stilizzati e scolpiti nella cerebrazione del soggetto come in un' edizione stereotipa di splendidi elzeviri: ma se formano un invidiabile patrimonio di tradizione ed un tesoro di imitazione, determinano però una estrema intolleranza di giudizio verso i fatti esteriori della vita altrui e conducono ad un rigidismo critico-morale altrettanto inattaccabile da lato puramente ideologico, quanto, dal lato umano, inapplicabile, draconiano e spesso ingiusto.

La signora X ama ancora, nel discorso, di parlare per imagini, per similitudini, per contrasti, con frasi antonomasiche: usa spesso con le sorelle dei termini cui la vita in comune ha conceduto valore di simboli sintetici ed ha elevato ad esponenti di uno stato morale o di uno fatto. Anche questi meccanismi, che presi singolarmente a sè non sono altro che esponenti storici dell'evoluzione mentale del popolo e della famiglia patriarcale primitiva, si trovano, nei soggetti *c) e) g)* raccolti e ipertrofizzati più di quanto non si usi nello strato sociale cui appartengono. La signora X usa spesso, scherzosamente, l' interiezione neolalica e non priva di onomatopea: ,, San Balaràn in parrucca,, che corrisponde a: per Bacco, diamine ecc. per dire " quale capriccio ti salta in capo,, usa, con le sorelle il termine " Che giovedì ti viene ,, , parafrasando un detto della tradizione linguistica ormai abbandonato; per dire nera ingratitudine dice " la gratitudine di Antonietta,, cioè di una gobba beneficata e che di loro sparlava: ed afferma infine, tanta è la forza del simbolo e dell' idealizzazione, che

ogni affettuosità, anche più intima, non è che l' esponente di un " bisogno morale,,.

Interpretazione di sublimazione, direbbe FREUD; convinzione altrettanto curiosa; quanto però profondamente sentita dal soggetto; una psiche mista di invidiabile ingenuità morale e di accortezza; di sana e logica sensualità e di un acceso romanticismo interiore; mobile come un torrente alpino, ma pur tuttavia delicato come una elegia di DE MUSSET.

Riassumendo: in un soggetto neuro-ereditario, di costituzione intellettuale e morale ottima, di reattività emotiva esagerata, si sviluppano e continuano dall'adolescenza in poi dei sintomi di ipermegalia reattiva localizzati quasi esclusivamente all'innervazione periferica e simpatica e rivelati da disturbi pseudonevritici agli arti, dalla pseudodermatite a pomfi, da una vera disposizione famigliare e diatesica alla nausea a vomito, lipotimie, attacchi sincopali: in una parola ad una serie di reazioni locali dell'innervazione spino-simpatica, a funzioni cardiache perfettamente normali e a reazioni psicoschisarie molto attenuate e generiche. La ruminazione mentale, la scarica reattiva dell'emozione non alterano menomamente l'individualità psichica del soggetto, adatto e utile alla sua missione nella vita, e passano in seconda linea di fronte alla persistenza ed al numero dei sintomi riflessi neuroschisarii del simpatico, che dominano il quadro morboso dall'infanzia fino ad oggi. Questi fenomeni di reazione indipendente, anomala, ipermegalica dei sistemi spino-simpatici non sono altro che la localizzazione neurònica dello stesso processo bioschisario che dà, nel campo psichionico, la ruminazione e la scarica emotiva: in un soggetto nel quale ambo gli ordini di fenomeni, strettamente paralleli e omogenici si svolgono sopra un fondo comune di ereditarietà nervosa, di costituzione lievemente ma decisivamente isterica con predominio del somatismo anzichè del psichismo. E' quindi il caso di formulare il diagnostico seguente: Somatoisterismo a reazioni prevalenti neuroschisarie (simpatiche): cioè isteria minor.

* * *

Con eguali criterii si devono interpretare tutti i fenomeni trofonevrotici, vasomotori, viscerali dell'isteria: dal morbo di RAYNAUD alla

eritromelalgia; dagli edemi alle emorragie isteriche; dalla febbre alle più svariate iperalgesie e disestesie. Quando si pensa alla notevole autonomia del simpatico rispetto alla corticalità, all'estrema complessità e importanza delle sue funzioni vasomotrici, secretorie, motrici, trofiche, che ne fanno di esso come un sistema di cervelli viscerali: quando si pensa che ogni sintomo morboso ha e deve avere il suo determinismo anatomico indispensabile, non sarà difficile convenire e spiegare, sulla base del concetto di bioschisi, che nell'individuo costituzionalmente isterico, la dissociazione del psichismo, universalmente ammessa, spiega soltanto i sintomi psichici e solo quei pochi somatici nei quali si possa dimostrare volta per volta un legame necessario e diretto; ma che d'altra parte essa trova la sua esatta corrispondenza somatica nella dissociazione delle funzioni nervose inferiori (psiconeuroschisi, neuroschisi); e che la massima parte dei sintomi somatici dell' isteria dipendono strettamente da lesioni funzionali (ma non per ciò meno anatomiche) dei sistemi bulbo-spinali e, a prevalenza ancora, del simpatico. Così dicasi della febbre isterica, eruzioni e gangrene cutanee, emorragie, eritemi, sincopi, acro-asfissie, edemi, seno isterico, eritromelalgia, vomiti, nausee, bòlo, chiodo isterico, algie e disestesie e via dicendo.

E per verità la distinzione fra malattia organica e funzionale, accettabile nei suoi punti estremi, è però sempre relativa, spesso convenzionale e manca di un intrinseco fondamento biologico. Noi diciamo oggi anatomica una lesione che possiamo dimostrare a occhio nudo o col sussidio del microscopio; ma non calcoliamo che qualsiasi modificazione biochimica o strutturale della cellula umana, tanto nel senso della funzione normale, quanto in senso di un'alterazione della funzione stessa è, fondamentalmente, una variazione anatomica. Si tratta di una differenza di grado e di postumi, è vero, ma non di sostanza; di una varietà minimale di essere; non, sempre o solo, di una sostanziale divergenza di reazione; e ciò che oggi non è colpibile col microscopio, si potrà forse domani dimostrare all'ultramicroscopio o alla luce della biochimica.

Una malattia funzionale è in genere l'espressione di una degenerazione biologica costituzionale, mentre una malattia anatomica esprime a preferenza una regressione acquisita, acuta o no degli elementi: ma la degenerazione stessa è basata sopra una, sia pur minima, malformazione congenita, biochimica se vogliamo, senza la quale sarebbe inconcepibile la malformazione funzionale. Questa, soltanto, — e in ciò sta il mas-

simo elemento differenziale — può perdurare inalterata, quella procede acutamente e tende alla morte dell'elemento, o si risolve nella *restitutio ad integrum* o in una profonda minorazione dell' elemento stesso; ma in ogni caso si tratta di una turba strutturale, varia solo nel suo determinismo, nella sua ampiezza, nelle sue conseguenze o nella natura dell' elemento (esogeno o no) che le altera. Malattia funzionale dunque è a preferenza una degenerazione strutturale congenita e forse immobile: malattia anatomica, una degenerazione più profonda ed acquisita; ma ben di frequente le due manifestazioni si compenetrano senza limiti precisi e convergono verso una stessa finalità.

Noi dobbiamo dunque accettare il concetto di malattia funzionale come il primo e più attenuato gradino di una variazione anatomica: ma questa è, e deve esistere. Ci basti ricordare a questo proposito che le moderne teorie di Nernst, Loeb ecc., sulla funzione normale dei muscoli e dei nervi, tendono a dimostrare la funzione stessa come un processo di alterazione della sostanza albuminoide sotto l' azione della concentrazione dei sali circolanti fra loro come attraverso membrane semipermeabili, e dei loro ioni (22). Malattia funzionale sta a malattia organica come la prima ingenua macchina-caldaia di Stephenson, che faceva 3-4 chilometri all'ora, sta alla macchina americana di 300 tonnellate: ordegno mostruoso, di complessità enorme, capace di 130 chilometri all' ora, che divora fuoco, acqua e via, e che in pochi anni si consuma; ma entrambe sono della stessa materia, obbediscono alle stesse leggi termodinamiche e funzionano nella stessa direzione.

La pochezza di una alterazione anatomica o la sua introvabilità non bastano a negarla; ed è solo in base ai concetti ora esposti che noi possiamo affermare, con la tradizione, che l' isteria è una malattia *neurodinamica*, dell' intero nevrasse ma non della sola psiche. È precisamente l' erroneo e parziale criterio di malattia psichica che ha impedito finora una spiegazione, pur tanto chiara, della multiforme nevrosi e che ha lasciati perplessi i suoi più illustri commentatori. Data una genesi esclusivamente centrale, anzi psichionica dell'isteria, come si potevano spiegare gli infiniti sintomi somatici che spesso, con la migliore volontà, non erano in alcun logico modo riferibili a rappresentazioni mentali, a scariche corticopotenziali, e che appartenevano a territori nervosi dotati, verso la corteccia, di una

singolare autonomia? Ne venne da ciò che alcuni li accettarono, perchè fatti clinici incontestabili, senza spiegarli; altri li denegarono perchè inspiegabili con una genesi mentale. I primi accettarono il vero: i secondi lo respinsero perchè debordante dalla loro concezione assiomatica e pregiudiziale: non pensando che ogni fenomeno è l' esponente di un noùmeno più o meno immediato dissimulato o lontano. Fra i due c' è posto sufficiente per chi cerca di rappresentarsi la verità secondo la logica della clinica ed i dati della biologia: i due punti fissi e incontrastati della patologia umana.

Noi affermiamo, per concludere, che i sintomi somatici dell' isteria dipendono da fenomeni di dissociazione funzionale dei centri nervosi inferiori, talamo - mesencefalici, bulbo - spinali, ma prevalentemente simpatici: che il processo bioschisario (neuroschisi) che li determina nel campo somatico è identico a quello che si svolge nel campo mentale (psicoschisi): e che questo meccanismo fisso e preciso, basato sulla diatesi costituzionale degenerativa dell' isteria ne illumina la patogenesi e ne dimostra l' unità clinica.

Carattere generico e comune alle fobie, psicastenie, forse a quasi tutte le psicosi, la psicoschisi è nell' isteria, (psiconevrosi degenerativa per eccellenza ma mai psicosi) un fenomeno esclusivamente dinamico e compensabilissimo: carattere patognomonico e differenziale con tutte le nevrosi e psicosi è la presenza dei fenomeni di neuroschisi; cioè di sintomi somatici con lo stesso carattere di dinamismo e di compensabilità, direttamente riferibili alla costituzione degenerativa organica.

.·.

È dovere di imparzialità scientifica, che sovrasta anche alle più personali ambizioni ed ai più equi diritti di paternità ideativa, riferire quanto scrisse il Dallemagne (2) fin dal 1894 in un'opera eccellente e poco nota; svolgendo sull' isteria dei criteri anatomo fisiologici che si avvicinano notevolmente, in alcuni punti, a quelli da noi enunciati.

" Lungo tempo l' isteria rimase senza spiegazione fisiologica, scrive Dallemagne. Tutto ciò che si affermava del suo meccanismo era contenuto in una definizione fantastica o negativa. Poi, si applicaro-

no ad essa le nuove acquisizioni della neurologia e si procedette per sintomi. Ai dati di fisiologia nervosa si aggiunse la psicologia. Oggi la psicologia fisiologica sembra voler da sola render conto dell' isteria tutta intera.

Il primo a tentare una localizzazione ed una pato-meccanica dell' isteria fu BRIQUET (24) che ammise nell' encefalo una regione destinata alle passioni affettive. Ogni eccitazione vivace di questa porzione dei centri nervosi si traduce esteriormente con un insieme di manifestazioni che rappresentano in miniatura, la sintomatologia degli attacchi isterici: idea che, come vedemmo, era ed è ancor accettata da MÖBIUS, BERNHEIM ed altri.

GRASSET (25) implica nell' isteria, secondo le sue prime idee, il sistema nervoso tutto intero: HAMMOND (26) la considera come una alienazione mentale, ove il midollo è spesso interessato secondariamente; AXENFELD e HUCHARD (27) dichiarano che l' isteria è una malattia del sistema nervoso consistente in un' attitudine di tutte le parti di questo sistema ad ammalare simultaneamente e successivamente: JACCOUD (28) vede in essa un' atassia cerebrospinale.

LEGRAND DU SAULLE (29) considera la nevrosi come una diminuzione di certe facoltà cerebrali (volontà) aventi come effetto correlativo o parallelo l' esagerazione di altre facoltà (affettività) e conducenti alla rottura dell' equilibrio che esiste normalmente fra le funzioni cerebrali e spinali; PITRES (30) si avvicina a BRIQUET per quanto concerne l' isteria come insieme di sindromi affettive; senza ammettere una localizzazione caratteristica, designa i gangli della base e sopratutto la protuberanza come la sede di sensazioni brute, sottostrato di certi fenomeni sensitivi e affettivi. Per quanto riguarda il meccanismo delle manifestazioni motrici PITRES afferma quanto segue: « In realtà, e per chiamare francamente le cose col loro nome, gli attacchi convulsivi isterici sarebbero costituiti da una fase di epilessia corticale, risultante da una scarica brutale della corteccia sui centri basilari, e da una fase di convulsioni disordinate, provocate da scariche meno forti e isolate delle differenti regioni motrici delle circonvoluzioni cerebrali ».

Con CHARCOT si inaugura l' èra delle interpretazioni psicologiche in materia d' isteria: ed il maestro arriva al concetto di isteria, malattia mentale, in base allo studio delle paralisi isteriche, ricondotte

ad un meccanismo puramente psicologico. " In date circostanze, dice CHARCOT (31), una paralisi potrà essere prodotta da un' idea. In ragione dell' obnubilazione dell' io, causata dall' ipnotismo, dallo shock nervoso, questa idea, una volta installata, fissata nello spirito dove domina senza controllo, vi si sarà sviluppata, ed avrà acquistato abbastanza di forza per realizzarsi obbiettivamente sotto forma di paralisi ". Successivamente, CHARCOT interpreta con lo stesso meccanismo le contratture, le iperestesie, perfino certi accidenti viscerali: l' idea fissa vien messa a base di ogni manifestazione isterica, la produce e la mantiene. La suggestione la mette in evidenza, come l' isolamento curativo la elimina poco a poco dal dominio mentale.

Un allievo di CHARCOT, il LOBER (32) così ne riassume il pensiero: " La paralisi risulta da un fenomeno di inibizione prodotto sui centri motori corticali dall' idea di paralisi ".

Quanto al meccanismo secondo il quale l' idea di paralisi arriva alla paralisi, CHARCOT la desume dagli associazionisti inglesi. Secondo BAIN (33) " se l' idea tende a produrre il fatto, è che l' idea è già il fatto sotto una forma più debole " : e SPENCER, precisando questo enunciato, aveva aggiunto: " Nell' atto volontario, noi non possiamo trovare nulla di più che una rappresentazione mentale dell' atto, seguita dal suo compimento; cioè una trasformazione psichica di questo cambiamento psichico nascente, che costituisce in pari tempo la tendenza all' atto e l' idea dell' atto, in un cambiamento psichico positivo che costituisce l' esecuzione dell' atto, in quanto è mentale ".

Le idee di CHARCOT furono rapidamente accettate, diffuse e svolte dalla scuola della Salpêtrière e dalla psicologia francese, rappresentate sopratutto da FÉRÉ, DEJERINE (35), BINET (36), GILLES DE LA TOURETTE, P. RICHER e JANET.

Con JANET (a parte ancora le concezioni originarie di BREUER e FREUD) l'isteria viene considerata dal punto di vista più esclusivo ed unico della sua natura mentale: ed i suoi disturbi, come si è visto già, sono divisi in stigmate mentali, dovute al restringimento del campo della coscienza, e accidenti mentali, effetti più particolari dell' idea fissa. Idea fissa e restringimento del campo della coscienza esprimono e realizzano la tendenza alla dissociazione mentale ed allo sdoppiamento della personalità che formano il fondo dell' isteria.

Eguale corrente di idee seguono in Germania, MÖBIUS, STRÜMPELL,

Breuer e Freud: il Pick (37) infine considera l'isteria come un restringimento del campo dell'attenzione, della percezione e dell'impulsione motrice. Laurent (38) definisce l'isterico un " rétréci mental ".

" Ora, continua Dallemagne, la spiegazione psicologica dell'isteria offre il lato ad alcune obbiezioni fondamentali: prima fra tutte che essa sembra limitare il campo di azioni della nevrosi alla sola corteccia. Ed infatti, paragonando la collettività delle manifestazioni riunite sotto il nome di stimmate e accidenti mentali con l'insieme delle modalità della nevrosi, è facile vedere che, all'infuori di queste forme psichiche, ben poco resterebbe dell'isteria. Ora noi riteniamo che la localizzazione corticale sia troppo limitata e che l'asse encefalo-spinale tutto intero prenda parte al disequilibrio isterico. La teoria psicologica eleva l'idea all'altezza di un fattore spontaneo, autonomo; mentre l'idea, a nostro avviso, non è che il riflesso puro e semplice di una modificazione sottogiacente. La corteccia infatti non fa, a nostro avviso, che tradurre, nel campo della coscienza, l'attività che si svolge sotto di essa nel rimanente dell'asse cerebrospinale. Questo restringimento del campo della coscienza, di cui si fa la pietra angolare del meccanismo psicologico dell'isteria, non ha nessun valore essenziale più della stessa idea fissa. Entrambi sono dei testimoni, delle comparse che nulla autorizza a mettere in primo rango. L'attenzione stessa sembra essere l'indizio di una tensione sottogiacente alla corteccia, e la distrazione, che ne è la negazione, non può dunque aspirare ad alcuna autonomia o attività indipendente. D'altra parte, e da un punto di vista strettamente fisiologico è noto che i centri psicomotori della corteccia hanno altre funzioni, che non quelle sole di contrarre o paralizzare gli arti: tenendo conto ancora del fatto che i territorii sensoriali corticali non sono quelli che presiedono alle sensazioni brute ed alla sensibilità generale.

Le spiegazioni psicologiche dell'isteria peccano dunque per un'assenza di rigore fisiologico e per la sostituzione di epifenomeni alle cause reali del disequilibrio neuropatico.

E del resto, nella sua più larga applicazione, l'ipotesi psicologica trova nell'isteria un gran numero di manifestazioni di cui non possono render conto nè le idee fisse nè le alterazioni della personalità: ed un numero grandissimo di fatti, nel campo della nevrosi, non si adattano affatto all'ipotesi di un disturbo corticale essenziale e primordiale.

La natura dei prodromi e delle aure, indica la messa in attività di

sensazioni speciali, a caratteri indeterminati, quali noi ci rappresentiamo localizzate nei gangli basilari. Un gran numero di perturbazioni dolorose, quali le mialgie, le nevralgie faciali, craniche, addominali ed altre, non sono che le irradiazioni nel campo della coscienza di turbe periferiche. La serie delle reazioni vasomotrici è a sua volta tributaria di disordini funzionali, accantonati nei segmenti inferiori dell'asse encefalo-midollare, e perfino nei territorii del simpatico.

La dissociazione delle sensibilità implica anzitutto una dissociazione funzionale negli apparecchi di recezione; e la loro reciproca sostituzione è incomprensibile col solo concorso della corteccia : poichè, in quest'ultimo caso, occorrerebbe la concatenazione intera di un meccanismo psichico assai complesso, il cui ultimo termine soltanto arriverebbe alla coscienza. Questa operazione necessiterebbe anzitutto il riconoscimento della prima di queste sensazioni, la messa in giuoco di un processo di associazione, e la sostituzione di questa o quella nel campo della percezione cosciente. Ed in questo caso finalmente si vedrebbe che lungi dal portare ad una limitazione dell'attività mentale, l'ipotesi psicologica implica forzatamente un'estensione esagerata ed anormale della coscienza stessa.

Non è dunque nella corteccia che si deve ricercare la sede dei disequilibrii essenziali che caratterizzano l'isteria. Due serie di fenomeni formano per così dire un doppio centro di attrazione verso il quale convergono tutte le manifestazioni della nevrosi: sono i fenomeni di sensibilità e motricità. Ma sensibilità e motricità costituiscono delle proprietà distribuite un poco da per tutto nell'asse cerebrospinale, ed è necessario precisarle. Ora, a noi sembra che nell'isteria, solo la sensibilità bruta, sia generale che sensoriale, sia in causa: e se noi analizziamo, ad es., i disturbi visivi isterici, troveremo che lungi dall'essere ridotta la visione intrinseca, sono ridotte le sue proprietà generali, percezione della luce, dei colori: esiste cioè una riduzione quantitativa sovrapposta agli elementi primordiali della funzione, alla quale, in totalità, presiedono centri disparati ed in località encefalo-spinali distanziatissime.

Anche i disturbi motori non hanno nulla a che fare con le volizioni motrici i cui residuati formano i sottostrati delle zone rolandiche, ma traducono, spesso schematicamente, i disequilibrii affettivi svolgentisi in modo subcosciente nei centri sottocorticali.

Ed infatti, pensando alle proprietà affettive e sensitive dei tala-

mi ottici, a quelle motrici del corpo striato, all'azione che la tensione di questi centri subcorticali esercita sull'attività corticale, basate sulle loro estesissime ed intime connessioni anatomiche, sembra legittimo localizzare in essi gran parte dei disturbi sensitivi e motori, anestesici e iperestesici, ipo-o ipercinetici, che sarebbero i primi e fondamentali. Nell'isteria dunque i disturbi della sensibilità e motilità interesserebbero specialmente le *sensazioni brute*, intese come " una sorta di emozione mal definita, accompagnata da piacere e da dolore, senza idea concomitante,, in seguito ad un disequilibrio di funzione dei gangli basilari.

Questo disequilibrio potrà colpire lo strato ottico in due modi: o iperestesizzando i centri ganglionari e provocando delle irradiazioni anormali verso la corteccia turbandone l'autonomia e l'intimo meccanismo; o dando l'astenia dei gangli stessi, per cui sarà abolita la progressione centripeta, derivandone quasi un'inerzia ed un assopimento dell'intelletto.

I fenomeni motori involontarii non saranno che una ripercussione dello strato ottico sul corpo striato; l'influsso non passerà per i centri psicomotori, e, se vi si potrà diffondere, la sua debole intensità non metterà in giuoco che le proprietà conduttrici delle zone rolandiche.

Una tale alterazione di legami subcortico-corticali spiegherebbe infine facilmente la disintegrazione della personalità. L'idea fissa non sarà altro che l'espressione dell'astenia dei gangli della base, la cui tensione minima riduce l'ideazione al suo minimum. E per verità l'idea fissa traduce tanto una debolezza dei centri a lei più vicini, quanto l'eccesso di tensione del substrato in cui ella risiede. Il restringimento di tutti i campi sensoriali, delle percezioni e dell'io, avrà la sua ragione di esistere in questa specie d'interruzione che non lascia giungere alla corteccia se non impressioni ridotte o indebolite.

Infine, anche l'etiologia emotiva dell'isteria trova una spiegazione con questa localizzazione subcorticale: e l'impressionabilità, l'instabilità emotiva, l'azione preponderante delle passioni, degli abusi sessuali e via dicendo, appariscono, con un tale meccanismo, semplici e razionali.

Ma questa dissociazione funzionale che sta a base dell'isteria va

ancora al di là della corteccia e delle regioni basilari e può applicarsi a tutti gli altri segmenti del nevrasse, compreso il simpatico. L'equilibrio che presiede ai loro rapporti e reciproche dipendenze, spesso si interrompe nell'isteria: e queste interruzioni parziali, locali, regionali, hanno forse un'importanza ben maggiore di quanto ora si ammetta. Esse potrebbero condizionare la maggior parte delle modificazioni emotive e psichiche dell'isteria, non sarebbero nemmeno forse estranee alle perturbazioni nutritive che ci rappresentano le nevrosi come episodii di auto-intossicazione sopra un sistema nervoso disequilibrato; ci darebbero spesso, razionalmente, una spiegazione di queste aberrazioni funzionali che creano all'isteria una fisiologia così a parte e tutta sua propria; giustificherebbero infine le vedute di coloro i quali, come Grasset, (39) vedono nell'isteria a malgrado dei brillanti lavori di Janet, " una nevrosi dell'intero sistema nervoso,,.

Da questa concezione generale, l'isteria apparisce dunque, quale è effettivamente, una dissociazione funzionale della maggior parte déi dipartimenti nervosi; una sintesi di disequilibri parziali dei diversi dominii dell'attività cerebrale e simpatica. E la stessa autonomia, i caratteri distintivi di ciascuno dei territorii in causa permetteranno di comprendere non solo le isterie, ma daranno la chiave delle varietà così numerore e polimorfe del mondo isterico.

Tuttavia noi non intendiamo punto fare dell'esclusivismo. La nostra suddivisione dell'asse cerebrospinale in seguenti non è fondata che in una certa misura; nella misura ad esempio che assicura a ciascun elemento la sua indipendenza, a malgrado della solidarietà che unisce i varii organi fra di loro.

Dal punto di vista del sistema nervoso, i suoi diversi segmenti non sfuggono alla legge comune. Il disordine dell'uno si ripercuote sull'altro. Tuttavia quest'ultimo reagisce a proprio modo e lo trasforma secondo gli attributi della propria individualità. Il disequilibrio emozionale è secondo noi, essenziale nell'isteria; ma può essere più o meno grave, venire da lontano, portato dall'eredità od essere poco marcato ed avere un'istoria più recente.

Ma una volta installato, questo disequilibrio emozionale si irradia in varie direzioni. Penetra nella corteccia e tende verso il corpo striato. Progressivamente le resistenze diminuiscono; la corteccia

rimane inerte o subisce l'autocrazia dell'idea fissa; il corpo striato, vinto, ripercuote sotto forma di convulsioni l'eccitazione che gli proviene dal nucleo vicino. Il bulbo, il midollo, il simpatico stesso non sfuggono a queste eccitazioni: e la loro disorganizzazione viene a completare le perturbazioni della nevrosi arrivata alla sua tappa estrema. Ma tutto ciò non si effettua di un sol tratto: mentre, intermediario immanente fra queste progressioni disequilibrative, si agita ed agisce l'eredità.

Le variazioni dell'isteria non sono dunque che la traduzione delle resistenze dei centri e l'espressione delle reazioni dei diversi segmenti encefalo midollari gli uni sugli altri. Le varietà dei tipi isterici rappresentano, nel dominio delle personalità, l'individualizzazione più o meno autonoma della diversità delle possibili combinazioni di queste dissociazioni funzionali: anche se con una tale concezione noi ci allontaniamo dalla classica, una e indivisibile, dell'isteria. Del resto, Janet (40) aveva già detto che una malattia non è tanto un'entità immutabile, facile a riconoscere, quanto una classificazione di sintomi raggruppati per comodità del nostro spirito: e che l'isteria non è che una sindrome, un insieme di fatti raggruppati in un'idea generale.

∴

Le eccellenti idee di Dallemagne sembrano tuttavia peccare dello stesso esclusivismo di cui l'autore incrimina la dottrina psicologica assolutista. Se la dissociazione psichica è assolutamente insufficiente a spiegare gran parte dei fenomeni somatici dell'isteria, non è però meno vero che essa abbia, nei fenomeni di sdoppiamento, di sonnambulismo, di ipnosi, nelle caratteristiche strettamente mentali, una parte, se forse non unica, certo preponderante. Il concetto di dissociazione funzionale deve essere applicato con eguale unità di criterio a tutto il nevrasse: e lungi dal portare, come crede Dallemagne (e come, ben prima di Babinski, aveva in altri tempi preconizzato Janet (40), allo smembramento dell'isteria, non fa che confermarne il rigido unitarismo eziologico, patogenetico e clinico.

Solo è da ritenere che a seconda dei soggetti, il disequilibrio è più o meno ereditario o profondo, può affettare in alcuni a prevalenza la corteccia, in altri il simpatico, in altri i sistemi gangliobasi-

lari o spinobulbari: ma in tutti questi casi, noi dovremo parlare di una localizzazione prevalente, non di una modalità clinica a parte. E ciò per due ragioni fondamentali: 1° sono piuttosto rarii casi di isteria dove non esistano, più o meno uniti, i sintomi di squilibrio di tutti i segmenti neurassiali: 2° che la reattività nervosa degenerativa, per il principio stesso dell'ontogenesi, dell'eredità, della patologia stessa, affetta fin dall'origine nel germe, tutta la compagine, e non solo una parte, del nevrasse. Esistono delle isteriche che sembrano recare fin dalla nascita la tara neuropatica preformata: ereditarie gravi, figlie di isterici, epilettici, alcoolisti conclamati che saranno capaci di rivelare prematuramente le maggiori aberrazioni morali, genesiche, volitive. Esistono delle altre, squilibrate più lievi, recanti della nevrosi solo le forme più attenuate e che saranno colpite spesso tardivamente, in occasione di un traumatismo, di una emozione shock, di una malattia esauriente. In queste ultime, l'intensità della causa e la comparsa tardiva della nevrosi daranno la misura della predisposizione attenuata: nelle prime, l'esplosione prematura delle sindromi essenziali della nevrosi stessa dimostreranno l'impronta grave e indelebile dell'eredità. Ma in entrambe sarà stato sempre in giuoco lo stesso primitivo meccanismo, vario solo di grado, non di natura.

Appunto per ciò le distinzioni che io ho fatto del *psicoisterismo, somatoisterismo, psicosomatoisterismo* vanno intese non in un senso esclusivamente anatomico, ma nosografico e diagnostico; come modalità di localizzazioni prevalenti, raramente uniche, dello stesso e solo processo bioschisario fondamentale.

Esistono certamente isterie monosintomatiche o quasi, ma si tratta generalmente di forme lievi, tenui, spesso della crescenza, transitorie e facilmente guaribili in soggetti a tara ereditaria negativa o pressochè. E del resto quasi tutte le malattie umane presentano una gamma infinita di varietà, dalla più tenue, e perfino inavvertita, alla più rapida e mortale. A lato del tifo classico e spesso letale noi conosciamo il tifo ambulatorio; di fronte alla tubercolosi cavitaria vediamo infiniti casi di questa bacillosi che nascono, sorgono e si estinguono nel soggetto quasi a sua completa insaputa.

L' isteria è una affezione degenerativa del nevrasse, che è sottoposta, come tutti i morbi umani, alle identiche leggi della patologia

medica: la complessività e la presunta bizzaria dei suoi sintomi, più che in questi, risiede nell' enorme complessità funzionale del nevrasse stesso, ma anche nella insufficienza esplicativa e nell' apriorismo interpretativo, quasi mistico, che ha sempre accompagnato questa importante nevrosi da Ippocrate fino ad oggi. Ma è tempo che la semplice e piana verità clinica venga messa in luce.

. ˙ .

Giunti verso la fine della nostra trattazione, noi potremmo venir accusati, da alcuni, di aver dimenticato l' argomento, già tanto sfruttato e ibrido. dell'isterismo traumatico.

Noi dobbiamo, a questo proposito, esprimere poche ma precise convinzioni.

Se dopo un traumatismo - infortunio che determini sia lesioni lievi, che solamente uno shock emotivo; o dopo un'emozione shock, o un psicotrauma qualunque, si osserva un quadro clinico completo e rigorosamente classificabile nella sintomatologia isterica, noi ci troviamo di fronte alla messa in azione di un determinismo degenerativo preesistente, che si manifesterà, a seconda della sua potenzialità latente, con sintomi somato - psicoschisarii caratteristici della nevrosi. Ma questi casi, non rari per le emozioni-shock di ordine puramente psichico e in persone non troppo adulte o in crisi evolutiva e involutiva (climaterio), sono già più dubbi quando si tratti di un infortunio o di un accidente, presi nel loro vero senso, e in persone rimaste, prima di allora, del tutto normali.

Quando invece in seguito ad un infortunio inteso come causa di lesioni improvvise comunque, si osserva una sindrome neuropatica, noi ci troviamo di fronte a due possibilità: 1.° L' infortunio ha causato una vera succussione dell' organismo, e quindi del nevrasse, od una grave commozione o lesione locale, ed allora dovremo vedere un quadro a base organica assai più sviluppata: la vera, originaria *neurastenia traumatica*, sia acuta, che altre volte da esaurimento prolungato, quasi sempre guaribile, o fenomeni gravi di commozione. 2.° Le sequele dell' infortunio, quasi sempre insignificante, assumono il quadro tanto dolorosamente grottesco dell' attuale " *nevrosi traumatica* „ così spesso diagnosticata a sbilenco e fatta passare per iste-

ro-neurastenia, istero-traumatismo, isteria traumatica e via dicendo. In questo caso noi dobbiamo affermare, in base alla nostra personale esperienza su duemila operai traumatizzati catalogati, e su non meno di 120-130 casi della famigerata nevrosi, che questa è il più autentico prodotto di una autosuggestione volontaria e premeditata, o dell' eterosuggestione dei compagni e di disonesti professionisti. Essa costituisce un quadro clinico mobilissimo, senza alcun reale sintome primitivo ben fondato: tutte le alterazioni funzionali che vi si osservano dipendono dalla suggestione volontaria dell' indennizzo, dal malessere economico dell' operaio che smette deliberatamente di lavorare e di guadagnare: mangia, di conseguenza, male; si denutrisce e si arrovella nell' ingiusta pretesa: finendo sì per divenire un neuropatico di circostanza, ma non di sostanza, i cui sintomi primitivi non sono quelli, inesistenti, dell' accidente, ma precisamente quelli che insorgono dalle privazioni e dalla ruminazione mentale secondaria. La migliore dimostrazione dell' asserto, sta nel fatto che tutte queste alterazioni guariscono per mai più tornare, nell' istante stesso in cui la legge, e l' esperienza fatta, consigliano di concedere, in transazione della lite intentata dall' operaio, il famoso 5 °|°, la pietra angolare degli azzeccagarbugli, medici ed avvocati, che, piovre a cento tentàcoli, spremono allegramente operai ed assicuratori. Ma queste nevrosi non hanno mai, checchè si dica, i caratteri dell' isteria, non si devono dire traumatiche, ma *nevrosi da assicurazione* (*Rentenneurosen* dei tedeschi). Sono queste forse le sole e vere nevrosi *pitiatiche*, di un pitiatismo frutto dell' evoluzione sociale e dell' impero dolorosamente burlesco del popolo sovrano.

Sulle centoventi e più " nevrosi traumatiche ", tutte quasi senza eccezione, determinate da traumi fisici insignificanti, e, conseguentemente da uno shock emotivo inesistente e inconcepibile in operai sani e robusti, io ho visto pochissimi, non più di quattro o cinque veri casi di " neurastenia, cerebrastenia, nevrosi traumatiche " nel vero senso della parola: e ricordo solo due operai: uno divenuto neurastenico e disartrico per un infossamento del parietale sinistro da caduta sul capo; un altro divenuto neurastenico e forse mielopatico da una gravissima succussione per caduta sul sacro.

Ma in compenso ho visto anche una quindicina di gravissime lesioni traumatiche del nevrasse e dell'encefalo, con commozioni, ferite,

perdite di arti, di parte di scatola cranica, senza la mènoma neurastenia consecutiva, anche dopo un periodo di malattia che portò varii pazienti sull'orlo della tomba.

La " nevrosi traumatica „ degli operai infortunati (salvo si capisce i casi di gravi degenerati ereditarii, o acquisiti, alcoolisti, sifilitici ecc.), non è che una pseudo-nevrosi: una nevrosi se così vogliamo, " *da assicurazione* „ " *da contestazione* „: una malattia specificamente medico-operaio-avvocatesca, che si è imposta col favore della legge e domina per virtù di acquiescenza. Se l'assicurazione obbligatoria sugli operai fosse abolita, la nevrosi traumatica scomparirebbe in 98 casi su cento. Questo è quanto mi detta l'esperienza.

Un'ultima osservazione a proposito dell'isteria. Nella terapia di questa nevrosi, dove per tanta parte entra certamente il psichismo, si sono applicati con successo l'isolamento, la psicoterapia, la elettricità· ma si ritiene, credo a torto, che tutto il meccanismo curativo di questi elementi consista esclusivamente nella suggestione, o, come dice Bernheim, nella desuggestione. Che questa abbia un valore preponderante sui fenomeni psichici e su quelli somatici direttamente dipendenti, è logico ed evidente. Ma che anche l'elettricità agisca solo con un meccanismo di suggestione — che non arrivo a comprendere — mi sembra strano. Io sono convinto che, specie nei fenomeni del somatismo isterico, l'elettricità agisca direttamente, con una modificazione intrinseca del biodinamismo nervoso, e sia un metodo quasi specifico di queste turbe, degno di maggiore generalizzazione e più profondo studio.

Ma più precisamente ancora mi pare che quest'azione sia più particolare all'elettricità statica, e, in secondo ordine, alla galvanica. Io ho visto algie isteriche degli arti, indifferenti o addirittura intolleranti alla galvanizzazione ed al bagno idroelettrico, guarire durevolmente col semplice bagno elettrostatico; nevralgie reumatoidi del collo, del tronco, di pura origine somatoisterica e ribelli all'elettricità faradica guarire con la scintilla; altre forme di convulsioni locali, aure motrici spastiche, tics, coree, guarire egualmente con la franklinizzazione. Sulla base di queste ed altre osservazioni io mi sono convinto che l'elettricità statica, a preferenza, agisce con un meccanismo specifico suo proprio, ancor poco noto, ma sicuramente biochimico e dinamico, sui disturbi isterici del nevrasse inferiore e fors'anche corticale. E del resto è noto che molti autori moderni sono propensi di attri-

buire ai fenomeni della conduzione nervosa i caratteri dell'energia elettrica; è certo ad ogni modo che, per loro intrinseche particolarità fisiologiche, quelli rappresentano un'attività biologica del tessuto nervoso estremamente singolare e caratteristica. L'elettricità potrebbe agire, sui neuroni e psiconeuroni, fibre e terminazioni, per dir così, depolarizzati, nel senso di un ordinamento della loro carica di energia e di una restituzione *ad integrum* dei varii circuiti nervosi; alterati, o influenzantisi oltre misura, nel territorio dei loro corrispondenti sistemi neurassiali.

BIBLIOGRAFIA

[1] HERZEN — *Le cerveau et l'activité cérébrale* — Paris 1887. — [2] DALLEMAGNE — *Dégénérés et Déséquilibrés* — Lamertin, Bruxelles 1894. — [3] LUCIANI — *Fisiologia dell'uomo* — Vol. II. Soc. Editr. Libr. Milano, 1905, passim. — [4] LUYS — *Les fonctions du cerveau* — Paris 1876. — [5] TRÖMMER — *Vorgänge beim Einschlafen* — Journ. f. Psychol. ù. Neurol. 1911. — [6] D'ABUNDO — *Fisiopatologia del talamo ottico* — Atti del 1.° Congr. della Soc. Ital. di Neurologia — Annali di Nevrologia 1909. — [7] MINGAZZINI — *Anatomia clinica dei centri nervosi* — U. T. E. Torino 1908. — [8] COSTANTINI — *Sul riso e pianto spastico* — Rivista di pat. nerv. e ment. 1910. p. 265. — [9] LEVI BIANCHINI — *Sulla teoria della diaschisi* — Archivio di psichiatria ecc. "Il Manicomio„ 1910. — [10] MONAKOW — *Gehirnpathologie* — 2.ª Aufl. 1905, Wien. — [11] MONAKOW — *Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Grosshirn* — Correspondenzbl. f. schweizer Aerzte n. 12, 1909. — [12] SALVIOLI — *Osservazioni intorno alla durata di vita del cuore sospeso di mammiferi ecc.* Atti del Reale Istituto Veneto di scienze ecc. Anno 1908-909. Tomo LXVIII.

p. 2.a p. 721. — [13] RAMON Y CAJAL — *Los fenomenos precoces de la degeneracion neuronal en el cerebelo. Los fenomenos precoces de la degeneracion traumatica de los cilindro ejes del cerebro* — Trabajos del Laboratorio de investigaciones biologicas, Madrid, 1911. — [14] TELLO — *La influencia del neurotropismo en la regeneracion de los centros nerviosos* — ibidem, 1911. — [15] BIANCHI — *Contributo alla conoscenza dell'isterismo* — Annali di nevrologia 1911. — [16] BIANCHI — *Trattato di Psichiatria* — Napoli Iovine 1905. — [17] JAMES — *La théorie de l'émotion* — Paris, Alcan 1903. — [18] LANGE — *Les émotions* — Paris, Alcan, 1907. — [19] HARTENBERG — *La base organique de l'éreutophobie et son traitement* — Presse méd. p. 140, 1911. — [20] DE GIOVANNI — *Morfologia del corpo umano* — Hoepli, Milano, 1891. — [21] DE GIOVANNI — *Commentarii di clinica medica* — Draghi, Padova 1887. — [22] LAZAREFF — *Teoria ionica dell'eccitazione dei nervi e dei muscoli* — Archiv. f. d. ges. Physiologie p. 196, 1911. — [23] FERRARI — *Il grande significato delle piccole cose* — Riv. di psicol. appl. 1912. — [24] BRIQUET — *Traité del l'hystérie* — Paris, 1859. — [25] GRASSET — *Hystérie* — Dict. Enc. des Sc. med. de Dechambre. — [26] HAMMOND — *Traité des maladies du système nerveux* — Paris 1879. — [27] AXENFELD ET HUCHARD — *Traité des névroses* — Paris, Alcan 1883. — [28] IACCOUD — *Traité de pathologie interne* — [29] LEGRAND DU SAULLE — *Les hystériques* — Paris, Baillière 1883, 1.a edizione. — [30] PITRES — *Leçons cliniques sur l'hystérie* — Paris, Doin 1891 [31] CHARCOT — *Leçons sur les maladies du système nerveux* — t. III. 1887. — [32] LOBER — *Paralysies de cause psichique* — Thèse d'aggregation de Paris 1886. — [33] BAIN — *Les sens et l'intelligence* — Paris, 1874. — [34] SPENCER — *Principes de Psychologie* — Paris, 1875. — [35] DEJERINE — *L'hérédité nerveuse* — Paris, 1886. — [36] BINET — *Les altérations de la personnalité* — Paris 1892. — [37] PICK — *Ueber die sogenannte*, ecc. “ *Conscience musculaire* ,, — Zeitschr. f. Psych. ù. Phys. 1892. [38] LAURENT — *Les états seconds* — Paris, 1893. — [39] GRASSET — *La théorie psychologique de l'hysterie* — Nouv. Montpellier mèd. 1893. — [40] ANET — *Les accidents mentaux de l'hystérie* — Paris, Alcan 1894. — [41] PAGANO — *Gli effetti dell'eccitazione dei gangli opto-striati nei cani neonati* — Archivio di Farmacol. e Terap. 1907. — [42] PAGANO — *Il meccanismo fisiologico delle emozioni* — Rivista di patologia nervosa e mentale. p. 687, 1912. — [43] BRACHET — *Discours inaugural du VIIe Congrès belge de Neurol. et de Psych.* Journal de Neurologie p. 401, 1912.

II.

Definizione dell'Isteria.

L'isteria non è una psicosi; è una diatesi degenerativa bioschisaria del nevrasse intero, di origine quasi esclusivamente costituzionale ed ereditaria.

Ma l'eredità non va intesa nel senso esclusivo, charcotiano. Le conoscenze attuali sulla costituzione psiconeuropatica dell'individuo hanno riconosciuto una genesi molto più ampia che non quella della specifica morbilità ascendentale; ha dimostrato che qualunque causa atta a determinare un'alterazione grave del somatopsichismo dei genitori può ripercuotersi variamente sul sistema nervoso dei discendenti. Per ciò l'eredità degli isterici non è solo necessariamente neuro-psicopatica, ma abbraccia anche quella della sifilide, della tubercolosi, del neuroartritismo e di altre cause di minorazione che, fin dalla fecondazione, traggono seco l'uovo od il seme di individui tarati.

Oltre di ciò l'isteria può insorgere in individui senza tara, nei quali una crisi biologica, di crescenza o di senescenza, induca gravi modificazioni endocrine e neurassiali: ma si tratterà allora a preferenza di forme lievi e transitorie.

L'isteria procede da un'attitudine congenita dell'intero nevrasse e dei suoi sistemi differenziali (forse dell'intero organismo) a reagire nel senso di una maggiore dissociazione, autonomia e ipermegalia funzionali di fronte a stimoli patogeni o no, esterni o interni. Questi sistemi, anzichè procedere di conserva nelle loro attività correlative — come avviene nell'organismo sano — presentano una funzionalità staccata, una sintomatologia indipendente, spesso contrastante, mobilissima, facilmente reintegrabile, sia nei loro reciproci rapporti che negli elementi della loro stessa e singola composizione.

Base fondamentale dei disturbi isterici è dunque un dinamismo neurassiale degenerativo, costituito da uno stato originario di psicoschisi, psiconeuroschisi o neuroschisi più o meno prevalenti: per ciò

l'isteria può essere a tipo psichico, o a tipo somatico: più spesso a tipo misto, a seconda che prevalgono nel quadro clinico sintomi del psichismo, o dei sistemi ganglio-basilari e ponto-bulbari, o del simpatico e del midollo.

Nel primo caso si osserveranno a preferenza il sonnambulismo, l'ipnosi, lo stato mentale in genere e i fenomeni di automatismo e di suggestibilità; il predominio dell'emotività con la conseguente ruminazione mentale (polarizzazione, idea fissa) e con lo spostamento del centro di gravitazione del campo della coscienza, forse gli attacchi, le paralisi, le anestesie: gli squilibri insomma dell'attività cerebrativa con gli effetti psicomotori consecutivi.

Nel secondo caso pure la variabilità degli stati emozionali, connessi ai gangli basilari forse assai intimamente e protopaticamente; molte disestesie, parestesie, spasmi, mimetismi, singhiozzo, tosse, clavus, sincopi, crisi: nel terzo le infinite alterazioni neurotrofiche, vasomotorie, viscerali; vomito, nausee, lipotimie.

Tuttavia per quanto riguarda gli attacchi, le paralisi e le contratture, le anestesie e iperestesie sensitivo-sensoriali, è probabile che la loro genesi sia determinata da irritazioni encefaliche multiple; specie quando non possono essere sicuramente ricondotte ad una rappresentazione ideativa o ad un avvenimento shock comunque; ed è in ogni caso ben lungi dall'essere dimostrata la loro genesi esclusivamente o necessariamente corticale.

E' a ritenere che se la psicoschisi costituisce un'attitudine più generale di dissociazione psichica che può esistere in numerose altre degenerazioni mentali e nelle psicosi, i fenomeni di psiconeuroschisi, ma più ancora di quelli di neuroschisi, sono patognomonici dell'isteria.

I fenomeni di dissociazione mentale si osservano in larga misura nelle ossessioni, impulsioni, fobie, nel classico gruppo delle psicastenie (JANET) alle quali l'isteria, per molti lati mentali certamente è affine: ma per compenso, è impossibile ritrovare in queste un complesso sintomatico somatico che presenti i caratteri così tipici di scompenso, dissociazione, ricomposizione delle alterazioni neurassiali inferiori proprie della isteria.

Anche nella neurastenia esistono alterazioni somatiche pronunciate e simili talvolta alle isteriche: mancherà tuttavia in questi casi il carattere di rapidità di comparsa e scomparsa, la loro estensione

e complessità, perchè basati sopra una patogenesi organica più profonda ed acuta.

Ma appunto perciò si possono osservare delle forme neurasteniche a preferenza cerebrale o a prevalenza spinale. E d'altra parte, ogni causa morbosa esauriente, specie del sistema nervoso, è capace di indurre fenomeni di dissociazione; per l'esaurimento acuto di alcuni sistemi e conseguente irritabilità reattiva loro e di altri: ma in questi casi l'alterazione organica primitiva determinerà sempre un quadro facilmente e notevolmente differenziabile per sintomi, natura e decorso.

Si potrà osservare che il concetto di psicoschisi è applicabile nella sua massima estensione a quasi tutte le psicosi, sopratutto alle demenze ed alla demenza primitiva. Nulla di più vero: io credo anzi che questo concetto potrà essere di grande utilità nell' analisi clinica e nella definizione di demenza. La psicoanalisi delle schizofrenie, inaugurata dal Bleuler (1-7) rivela, con metodi degni del più alto interesse, una somma di processi residui, indici di una estrema dissociazione psichica, e sui quali io avevo già richiamato l' attenzione fin dal 1904 (8). Ma la psicoschisi isterica dinamica, interessa la compagine di ogni singolo lato del trigono psichico che, sempre poco alterato, nè mai si spezza, e solo contorce, nè mai si stacca e solo rallenta i legami con gli altri lati. La psicoschisi demenziale in genere, e più specialmente delle schizofrenie è la risultante di un doppio gravissimo processo:

1. la separazione violenta dei lati del trigono fra di loro;
2. la abolizione definitiva, irrimediabile di uno o due di questi.

Noi vediamo che nei dementi precoci la timopsiche è per eccellenza distrutta, così la volontà: la noopsiche pur essa è ridotta o sommersa (9). Le alterazioni psicoschisarie insomma sono gravissime, irreducibili, a base organica, per quanto ancora poco nota: mentre quelle isteriche sono infinitamente diverse, più lievi, locali e, nel senso da noi ammesso, funzionali. Oltre di ciò, mancano generalmente nelle demenze precoci i sintomi patognomonici neuroschisari dell' isteria.

Esistono assai spesso, nella schizofrenia, poteri associativi mnemonici enormi, insospettati, rievocabili però sempre dietro viva stimolazione (9, 10); ma questi non rivelano che l' esistenza abissale di

un solo lato del trigono, il noopsichico, mentre il volitivo e l'affettivo sono già da lungo distrutti.

Per ciò in questi, come in sifilitici, alcoolisti, epilettici ereditarii, in tutti i neurodegenerati, possono esistere sintomi isterici: o in funzione di una diatesi schizopatica (bioschisaria) costituzionale già isterica per sè stessa; o in funzione dello stesso processo acquisito che porta egualmente, anzi massimamente alla psicoschisi e può per ciò anche indurre manifestazioni isteriformi. Solo in questo senso, rigidamente anatomico e clinico trovano una spiegazione semplice e chiara i cosidetti « sintomi isterici nelle psicosi semplici, nelle demenze ecc. » che sembrano tanto esageratamente preoccupare certi alienisti moderni (11, 12).

I caratteri fondamentali dell' isteria sono dunque l' ipermegalia reattiva di tutti i sistemi neurassiali (fors' anche dell' intero organismo); e la rapida scomposizione e ricomposizione dei loro elementi basate sopra un' attitudine congenita alla dissociabilità funzionale della corteccia, dei gangli basilari, de' sistemi bulbospinali, del simpatico e del midollo.

L' isteria è una psiconevrosi ben definita, a due tipi fondamentali di reazioni: della corteccia (coi gangli basilari?) e del gran simpatico: è una nevrosi corticoneuro-vasomotoria a sintomi costanti e patognomonici.

In altre parole (sia permesso il ripeterci) l'isteria è una diatesi psiconeuropatica costituzionale, caratterizzata da un'alterazione bioschisaria del dinamismo neurassiale: dove le funzioni elementari della psiche ed encefalo, dei sistemi mielo-simpatici si trovano: 1.° in uno stato di congenita disorganizzabilità e reintegrabilità, cioè in equilibrio instabile; 2.° di conseguente ipermegalia reattiva e svincolo dei normali legami di interdipendenza. E' evidente in base a ciò che la suggestione potrà riprodurre od eliminare solo quei fenomeni che sono di spettanza del psichismo: ma poichè non tutta l'isteria è nella psiche, è evidente che non sempre la suggestione basterà a definirla o guarirla.

Tutto il resto è, nella sindrome, variazione individuale, eccesso di reazione locale di questo o quell'altro sistema, o abbinamento (non troppo frequente per verità) di stati morbosi diversi: nella dottrina, interpretazione unilaterale di fatti; sia la schematizzazione di Charcot,

l'unicismo di BERNHEIM, la rappresentatività di MÖBIUS, il sonno di SOLLIER, il restringimento del campo di coscienza di JANET, il psicotrauma di FREUD, il pitiatismo di BABINSKI. Tutte queste hanno un valore reale, ma parziale; spiegano alcuni, non tutti i fatti isterici; scambiano per causali degli elementi epifenomenici; ma sopratutto partono da una petizione di principio che ha fatto, da CHARCOT in poi, dell'isteria, una psicosi.

L'isteria non è, nè può essere una psicosi.

Alcune parole ancora sull'eziologia. A parte la eredità psiconeurotica, nessun argomento si oppone a far ritenere che altre e diverse cause possano determinare una sindrome isterica: quando si pensi al fatto che se pur in piccolo numero, esistono delle isterie assolutamente prive dell' elemento atavistico-ereditario. L' isteria come può essere rivelata, in predisposti latenti, per opera di psico-traumi puri, può essere occasionata da succussioni primarie gravi del nevrasse e dell'organismo (sempre forse ancora in predisposti). Ma può ancora insorgere protopaticamente per profonde modificazioni dell' ambiente psico-neuro-somatico derivanti da crisi biochimiche endocrine, cioè da reali alterazioni dell' attività organica e nervosa per turbe testicolari, ovariche, tiroidee ecc., insorgenti, tanto nell' uomo che nella donna, nei periodi critici della vita: ma è senza dubbio e con estrema prevalenza l' espressione di una diatesi ereditaria degenerativa spesso a tipo psicastenico e neuroiperstenico. È un' entità clinica così singolare, che non è ammissibile che non esista: anzi ha esistito ed esisterà sempre finchè il nevrasse umano avrà l' attuale costituzione e sarà esposto alle cause capaci di degenerarlo. La prova maggiore di questa asserzione sta nel fatto che oggi, come venticinque secoli fa, essa è ancor viva ed uguale a sè stessa.

Per chi volesse, dopo così lunga trattazione, una definizione sintetica, si potrà dire che *l'isteria è la reazione degenerativa per eccellenza del somatopsichismo.*

Evidentemente essa non è più solo di donna, nè per essa la donna può essere tanto imputata (come è quasi ancor oggi) di morbilità.

Se l'isteria è più frequente, senza paragone, nella donna che nell'uomo, ciò dipende da cause determinative sociali, ambienziali, ereditarie, (alle quali evidentemente non è estranea l' anedonia sessuale) del tutto indipendenti dalla natura fondamentale del suo essere, identica a quella dell'uomo. La sua frequenza nel sesso delicato non deve dunque

stupire più di quanto possa stupire nell'uomo il predominio della paralisi progressiva, della sifilide, dell' alcoolismo, dell' epilessia e di numerose altre malattie neurodegenerative.

L'isteria è una psiconevrosi, una malattia diatesica chiara e precisa, se pur complicata: facilmente spiegabile: difficile spesso ad interpretare, ma non perciò misteriosa, oscura od indegna: quasi che la spregevolezza debba dipendere non dalle male azioni dell'essere umano quanto dal vizio immeritato e inconsapevole della sua costituzione degenerativa.

L' isteria nulla toglie di dignità morale e antropologica alla donna, che per virtù negativa di quella viene ancor oggi menomata nel suo valore biologico di fronte all'uomo : alla donna che è il primo essere, dopo l'uomo, nella natura; il primo, per l'uomo nella natura stessa: creatura tenera, delicata e materiata d'amore: ragione unica, forse dopo il sapere, della nostra vita: mèta delle più appassionate idealità, come termine reciproco della più sana sessualità teleologica: fomite sospiroso ed eterno di azione, di desiderio, di conquista.

BIBLIOGRAFIA

[1] BLEULER ùnd JUNG — *Symptom - Complexe ùnd Erkrankungsùrsachen bei Dementia praecox* — Centralbl. f. Nervenheilk. ù. Psych. 1908. [2] BLEULER — *Zùr Theorie des shizophrenen Negativismus* — Psych. Neur. Woch. n.i 18-21, 1910-11. — [3] BLEULER — *Das Faxensyndrom* — ibid. n. 40 1910-11. — [4] BLEULER — *Dementia praecox oder Schizophrenie — in Handbuch der Psychiatrie di Aschaffenburg* — Deuticke, Wien, 1911-12. [5] BRESLER — *Der Zwiesinn* — Psych. Neurol. Woch. n. 3, 1912-13. — [6] TER - OGANNESSIAN — *Psychanalyse einer Katatonie* — ibid. n. 25, 27 1912-13. — [7] BERTSCHINGER — *Heilungsvorgänge bei Schyzophrenen* — Allgem. Zeitschr. f. Psych. p. 209, 1911. — [8] LEVI BIANCHINI — *Sulla patogenesi del mutacismo (sommersione del linguaggio)* — Archivio di Psichiatria " Il Manicomio ,, 1904. — [9] LEVI BIANCHINI — *Ipermnesia nella demenza eboidofrenica* — (di prossima pubblicazione). — [10] COURBON — *Intégrité de la mémoire et démence* — Revue de psychiatrie p. 448, 1912. — [11] LÜCKERATH — *Zùr Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie* — Allg. Zeitschr. f. Psych. p. 270, 1911. — [12] HALBERSTADT: *Phénomènes hystériformes au début de la démence precoce* — Revue Neurologique, 1910.

BIBLIOGRAFIE

Jacquin et Marchand — Myoclonie épileptique progressive (type Unverricht-Lundborg) — *Encéphale n.° 3 p. 206. 1913.*

Non è raro osservare negli epilettici, nei periodi interparossistici, disturbi motori svariati: tics, spasmi, scosse muscolari locali o generali, paresi, ecc.: disturbi che in certi casi sono così particolari ed accentuati che formano con l'epilessia una sindrome speciale.

Ciò dicasi specialmente per le scosse muscolari dette anche *mioclonie*. Quantunque questa denominazione sia difettosa, poichè, come faceva osservare Brissaud, il termine mioclonia suppone la contrazione isolata di un muscolo, essa è oggi adoperata correntemente per designare le scosse muscolari cloniche brusche, corte, non sistematizzate, ripetentisi parecchie volte al minuto e non accompagnate da perdita di coscienza. Le mioclonie hanno dato luogo a diverse classificazioni: sembra però che si debbano ritenere tre varietà fondamentali: il paramioclono multiplex di Friedreich; le mioclonie funzionali (isteriche o emotive); le mioclonie epilettiche.

Queste ultime si dividono a lor volta in tre gruppi: epilessia parziale continua o sindrome di Kojewnikoff, la mioclonia epilettica intermittente, la mioclonia epilettica progressiva o sindrome di Unverricht.

Le mioclonie epilettiche sono rare: su 2150 casi Shanahan ne ha trovati solo 7 casi. Il numero delle osservazioni pubblicate è scarso, gli esami istologici ancora più rari.

Il caso attuale riguarda una ragazza a gravissima tara ereditaria tubercolare. Convulsioni a 3 anni, epilessia a 10, mioclonia a 15. Le scosse muscolari sono brusche, incoordinate, indolore, non sistematizzate; precedono generalmente le crisi comiziali, sono coscienti; più marcate agli arti superiori, scompaiono durante il sonno, la volontà non ha azione su di esse. L'intelligenza della malata, prima normale, si indebolisce progressivamente. Si notano tremori alle estremità e nei muscoli della faccia; imbarazzo della parola: cammino titubante e spasmodico. Il liquido cerebrospinale non presenta nè linfocitosi nè albuminosi, ma ipertensione: W. R. — Riflessi vivi e ipertonia. 43 (dico qua-

rantatrè) punture lombari in 21 mesi. Miglioramenti fugaci delle crisi, delle scosse e sopratutto del coma. Escare sacrali. La malata muore di tubercolosi polmonare a 21 anni, dopo due di soggiorno manicomiale. L'esame istologico rivela *meningite cronica con sclerosi corticale pronunciatissima.*

Gli AA. osservano che, esclusi la sifilide, alcool e cause tossiche o infettive, la tubercolosi dei genitori deve aver avuto una parte preponderante nella genesi dell'uovo che nacque già debole nel cervello e che a tre anni, forse per una tossiinfezione, fu colpito da uno stato meningitico che poi si tradusse con le convulsioni.

La patogenesi dei fenomeni mioclonici è ancora assai oscura e la localizzazione varia a seconda degli Aa. Alcuni la pongono nelle corna anteriori, altri nelle posteriori; o li considerano come disturbi muscolari neuroperiferici: altri localizzano nel bulbo o nella corteccia (SEPPILLI). ROSSI e GONZALES in tre casi di epilessia con mioclonia hanno osservato la degenerazione degli elementi corticali, sopratutto a livello delle regioni motrici. Ma se si ammette che la stessa lesione corticale produca sia l'epilessia che gli accidenti mioclonici, non si comprende bene perchè questi sieno allora così eccezionali anzichè costituire, come dovrebbero, la regola.

Gli AA. ritengono che il loro caso possa arrecare un contributo alla questione. Le lesioni più importanti osservate furono *la sclerosi corticale, l'atrofia delle cellule piramidali e la degenerazione delle fibre tangenziali.* Paragonando queste lesioni a quelle degli epilettici non mioclonici si osservano le seguenti differenze: negli epilettici non dementi la sclerosi occupa la parte superficiale dello strato molecolare della corteccia; negli epilettici dementi si estende in profondità ed occupa tutta l'altezza dello strato molecolare.

Nell'attuale soggetto mioclonico, la sclerosi, pronunciata sopratutto al livello dello strato molecolare, raggiunge gli strati delle cellule corticali. Questa lesione importantissima non può esser messa in evidenza che dai metodi elettivi per la colorazione della nevroglia: passa inavvertita con gli altri metodi.

Oltre a ciò i caratteri istologici del tessuto sclerosato dimostrano che la sua evoluzione è stata molto lenta, ciò che si concorda col decorso dell'affezione. La sclerosi nevroglica è sopratutto costituita da una infinità di fibrille estremamente sottili, ed è tanto più densa

quanto più si esamina un punto più superficiale dello strato molecolare. Non si osserva alcun astrocito; la presenza, nel reticolato nevroglico, di un gran numero di nuclei in via di divisione, indica che la lesione era ancora in attività al momento della morte del soggetto.

Si può ammettere che le scosse miocloniche fossero dovute alle cellule piramidali per causa della sclerosi cerebrale diffusa. Resterebbe a spiegare perchè questa lesione permanente determina delle scosse muscolari transitorie. Osserviamo a questo proposito che una tale particolarità si osserva anche in altre affezioni cerebrali e che noi ignoriamo la causa immediata di questi fenomeni. Si può forse attribuire una certa parte ad un disturbo della circolazione del liquido cerebrospinale, ad un aumento di pressione ? I buoni effetti della puntura lombare su gli accidenti mioclonici, sembrano, nel caso attuale, appoggiare tale ipotesi.

Le numerose punture lombari praticate sulla paziente che aveva una ipertensione eccessiva hanno avuto per effetto di attenuare un poco, *sia pur transitoriamente*, le crisi, le mioclonie e sopratutto i parossismi di stato di male: e forse grazie a questo intervento, la vita della paziente potè essere protratta.

Infine l'enorme numero di tali punture (43) in 21 mesi dimostra che queste non sono così pericolose come hanno voluto certi autori, sempreché, naturalmente, si prendano tutte le precauzioni: malato a digiuno, soggiorno a letto prima e dopo la puntura, e così via.

Levi Bianchini.

Claude — Le traitement opératoire de l'épilepsie (*Revue de Psych. pag. 442, 1912.*)

L'A. distingue: 1.° i casi di epilessia detta essenziale senza lesioni organiche apprezzabili: 2.° i casi di epilessia generalizzata in rapporto con lesioni organiche, e, tra queste, bisogna separare i tumori, le meningiti croniche, e le lesioni traumatiche: 3.° i casi di epilessia jacksoniana.

1.° Nell'epilessia essenziale la decompressione da craniectomia, con o senza apertura delle meningi non dà alcun risultato apprezzabile. E' possibile che in certi casi benigni, o se il chirurgo ha la

buona fortuna di liberare delle aderenze o di estirpare un tumore meningeo, che si abbia a registrare qualche risultato positivo: ma questa eventualità è rara.

2.° Negli altri casi di epilessia generalizzata o localizzata in rapporto con lesioni organiche anteriori, l'intervento operatorio è sempre indicato quando la cura medica è fallita. La craniectomia decompressiva è una operazione che con la tecnica operatoria moderna *deve* essere senza pericolo. Essa può bastare a condurre la sedazione di certi sintomi, ad allontanare la minaccia di morte dello stato di male, o far scomparire la cefalea, i fenomeni generali ed i disturbi oculari. E' già qualche cosa. Ma per converso la trapanazione con apertura delle meningi è sempre un'operazione grave che può dare per sè sola gravi alterazioni della statica e della circolazione cerebrale ed ernia cerebrale. E' utile solo nei casi di lesioni meningee e di tumori (ematomi) superficiali delle meningi.

Tutto sommato, gli interventi chirurgici nelle epilessie sintomatiche di lesioni organiche sembrano indicati nella grande maggioranza dei casi, perchè possono diminuire il numero delle crisi, modificare l'evoluzione della malattia e di certi sintomi superposti ed infine allontanare il pericolo di morte nello stato di male.

Levi Bianchini

Silvestri — Opoterapia surrenomidollare ed epilessia — (*Il Policlinico, Sez. prat. N. 26, 1913.*)

In un precedente lavoro l'A. aveva osservato che l'insufficienza delle capsule surrenali purchè sia stabilita bruscamente, può farsi causa di sindromi convulsive (Silvestri - Rosatti) non solo, ma che nel determinismo di queste *l'iposurrenalismo corticale* ha, per così dire il monopolio. Infatti in varii casi di tetania, di eclampsia in *bambine*, di eclampsia gravidica; in tre epilessie mestruali l'A. vide sia aggravarsi sia addirittura provocarsi l'attacco, con la somministrazione dell'adrenalina o paraganglina. *L'A. concluse ammettendo che la*

paraganglina esercita sul sistema nervoso un'azione convulsivante.
Nell'attuale lavoro l'A. riferisce le osservazioni fatte su 23 epilettici di cui 10 donne nel frenocomio di Reggio Emilia a cui venne somministrata la paraganglina. La conclusione fu che *questa aumenta il numero di accessi nelle epilettiche* e la spiegazione viene trovata nello stesso rapporto che intercederebbe non solo fra funzione surrenale e sviluppo e nutrizione cerebrale ma anche fra *capsule surrenali, cervello e ghiandole genitali* ed in genere tutto il sistema endocrino simpatico. In 7 malate su 10 l'A. ebbe un aumento nel numero degli accessi, ciò che dimostra l'azione dannosa della paraganglina anche nelle forme inveterate di epilessia essenziale.

Conclude:

In favore di rapporti stretti fra epilessia e alterazioni delle secrezioni endocrine parlano:

1.° i risultati terapeutici di OSBORNE con la tiroidina negli attacchi epilettici che soprravvengono *nelle ragazze* all'epoca della pubertà e *nelle donne* al momento della *menopausa.*

2.° i risultati di CLARK, LYNDJAY, SALVIOLI, FROHENER, HOPPE, con l'opoterapia tiroidea in *epilettiche mixedematose*: in ogni caso ebbe un miglioramento sia nel minor numero degli accessi che nelle condizioni psichiche.

3.° i risultati ottenuti da TOULOUSE MARCHAND ed altri con l'ovarina.

4.° i risultati ottenuti dall'A. in una giovanetta *epilettica* con latte di capra castrata e con l'opoterapia surrenocorticale in un'altra di 19 anni. A quest'ultimo scopo bisogna usufruire di capsule di animali giovani, appena staccate dall'animale, per impedire la diffusione, l'imbibizione del principio attivo della midollare.

5.° Forse i casi, rari invero, in cui la pubertà ha segnato il miglioramento, la guarigione dell' epilessia, quando ha coinciso con un rapidissimo sviluppo intellettuale e fisico (HASSE, SPONOLZ, TAMBRONI) nei quali è lecito pensare a modificazioni funzionali degli apparati endocrini. L'opoterapia quindi s'impone nel trattamento dell'epilessia, specie nella donna; e in tutti i casi fin dai primi accessi, si darà la preferenza all'opoterapia plurighiandolare lasciando intanto da parte la paraganglina od adrenalina la quale sembra favorire il ripetersi degli accessi.

In tutti i casi però si dovrà associare il *trattamento calcico* a larghe dosi, il quale può benissimo abbinarsi: trattamento che le più recenti nozioni biologiche e biochimiche accreditano e che le nostre cognizioni sulle secrezioni endocrine rischiarano nel suo intimo meccanismo d'azione.

Levi Bianchini.

Moretti — Di un singolare reperto anatomo - patologico in un caso di epilessia (*Rivista di patologia nervosa e mentale pag. 404 - 1912*).

In un caso di epilessia clinicamente annoverabile tra le forme così dette essenziali con gravissimo decadimento dell'intelligenza, l'autopsia rivelò fatti di leptomeningite cronica pregressa circoscritti in corrispondenza della circonvoluzione parietale ascendente di sinistra e l'esame istologico mise in evidenza una profonda e singolare alterazione del tessuto corticale sottostante.

Si trattava di un paziente di 21 a. epilettico sino dall'età di 7, e da circa 4 a. ricoverato al manicomio dove morì per tubercolosi polmonare.

All' autopsia, la pia meninge si mostra opacata e notevolmente ispessita in corrispondenza della parte alta e posteriore della circonvoluzione parietale ascendente di sinistra, in modo da formare una *placca* rotondeggiante di circa 5 cent. di diametro.

L' ispessimento meningeo si continua nei solchi sottostanti: il tessuto alterato ha un aspetto bianco - madreperlaceo, è fibroso, duro, elastico. Lo spessore massimo della placca arriva all'enorme misura di 10, 11 millimetri. La sostanza grigia è alquanto assottigliata. La zona di ispessimento piale è prevalentemente costituita da notevole quantità di tessuto connettivo lasso: fasci di fibrille collagene a decorso ondulato sono disposte parallelamente alla superficie delle circonvoluzioni o ad anello attorno a numerosi vasi di volume vario e a pareti assai spesse. Nello spessore della corteccia si trovano, in discreta quantità, elementi cellulari sulla cui natura — dato il metodo di fissazione usato — non è possibile dare un giudizio decisivo: ma sembrano di natura infiammatoria.

Le gravi alterazioni della corteccia sottostante alla placca sono invece bene apprezzabili anche a piccolo ingrandimento.

Già ad occhio nudo del resto la corteccia, che appare alquanto assottigliata, non presenta un aspetto omogeneo, ma la sua parte più superficiale e granulosa e le sezioni non colorate viste per trasparenza appaiono in detta zona come minutamente cribate, mentre quelle trattate con alcune sostanze coloranti (ad es. Van Gieson) si mostrano intensamente tinte in corrispondenza dello strato suaccennato, che si continua lungo le pareti ed il fondo dei solchi nei quali la meninge ispessita si insinua a guisa di cuneo.

Codesto straterello appare all'esame microscopico costituito da un numero enorme di corpicciuoli di volume vario: il loro diametro va da 6 microm. a 1|10 di mm.: altri pochi appaiono come raggruppati o come fusi assieme a costituire ammassi più grandi, a contorno irregolare che raggiungono un diametro di circa 1|4 di mm. I detti corpicciuoli sono così disposti che la loro grandezza va diminuendo a mano a mano si procede dalla periferia verso l'interno: tuttavia questa disposizione non si osserva in taluni punti nei quali essi appaiono più irregolarmente frammischiati e il tessuto circostante anche più profondamente alterato.

Questi corpicciuoli hanno in genere una forma fondamentalmente rotondeggiante, alcuni più, altri meno regolare; taluni sono a contorno gibboso ed appaiono bitorzoluti, assumendo — quando sieno intensamente colorati — un aspetto moriforme. In una gran parte di tali corpicciuoli ed indipendentemente dalla loro grandezza, è bene evidente una netta e fine striatura concentrica che ricorda assai da vicino l'aspetto dei granuli di amido di solanacee esaminati a luce alquanto obliqua. Questo fatto spicca con maggior evidenza nelle sezioni debolmente colorate o non colorate.

Gli alcali e gli acidi, anche in soluzioni concentrate, non modificano sensibilmente la struttura di questi corpicciuoli, i quali non assumono colorazioni metacromatiche e non dànno la reazione dell'amido, non quella della sostanza amiloide nè quelle dei cosidetti corpi amilacei. L'esame delle sezioni trattate con emateina e safranina (secondo il metodo proposto per la ricerca microchimica del calcio), mostra che i granuli in esame sono in parte leggermente colorati in roseo, in parte tinti in giallo-arancio pallido, in parte quasi incolori.

Morfologicamente le formazioni ora descritte differiscono per varii aspetti dai corpi amilacei osservati e descritti da parecchi A. A. (da Takahazu, Catola e Achucarro, Siegert ecc.) e sono dissimili dai corpuscoli colloidali di Alzheimer mentre hanno qualche rassomiglianza con quelli descritti col nome di corpicciuoli amilacei da Lafora : senza mostrare, come quelli, la presenza di un cristallo centrale. Una rassomiglianza ben più netta hanno invece con le formazioni da molti ricercatori trovate nei plessi coroidei dei ventricoli laterali.

Per quanto riguarda la disposizione di questi corpi nello spessore della corteccia i più grandi di essi si trovano nello stato plessiforme, gli altri occupano approssimativamente gli strati delle piccole e medie cellule piramidali mentre in alcuni punti i più piccoli invadono anche per breve tratto lo strato delle grandi cellule piramidali esterne.

Quanto allo stato delle cellule nervose, poco si può arguire dai preparati dato il lunghissimo soggiorno fatto nel liquido fissatore (formolo).

Nella nevroglia si osserva un discreto aumento delle fibre nello strato sottopiale ed un addensamento abbastanza notevole attorno a qualche corpuscolo. Il metodo IV° di Alzheimer mette in evidenza un considerevolissimo aumento numerico degli astrociti della sostanza bianca.

Queste cellule hanno in parte dimensioni maggiori delle cellule nevrogliche normali. Le sezioni eseguite al microtomo congelatore si presentano gravemente alterate al livello dello strato corticale, che è ridotto ad un irregolare reticolo con ampie maglie corrispondenti allo spazio occupato dai corpuscoli.

La lunghissima conservazione del materiale in formolo non ha permesso di eseguire alcune ricerche più delicate atte ad indagare la natura dai corpuscoli descritti : ulteriori ricerche in casi consimili potranno fornire nuovi dati alla risoluzione del quesito.

Levi Bianchini.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 8,00
	Estero	» 10,00
Un numero separato		» 3,50

L'annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Francesco Lener, (Primario) Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.

Anno XXVIII N. 2 - 3.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1913

INDICE

Memorie Originali

Rivista

Manicomio Provinciale di Como

Ricerche urologiche ed ematologiche in frenastenici con sindrome ipotiroidea

Dott. Dario Valtorta

TERZA NOTA

Il potere glicolitico saggiato col levulosio

L'intima connessione fra ricambio degli idrati di carbonio e malattie nervose è da tempo dimostrata nel campo clinico e sperimentale.

Sperimentalmente la glicosuria consegue a lesioni svariate del sistema nervoso, classica fra le quali la puntura del pavimento del quarto ventricolo.

Sotto l'aspetto clinico, l'esame dell'urina in malattie del sistema nervoso centrale, diffuse o localizzate, od anche semplicemente funzionali, rivela spesso la presenza di zucchero, talvolta in quantità notevole ed in modo continuativo (diabete nervoso sintomatico di Dieulafoj).

E non solo in forme strettamente neuropatiche, ma anche in malattie mentali fu segnalata la eliminazione di zucchero per le urine, sopratutto nella paralisi generale progressiva, nella melanconia, nel periodo depressivo della psicosi periodica, ed ancora negli stati emotivi intensi protratti (1).

(1) *Ricci* — Il Policlinico - Sezione medica - fas. IV 1908.

Tanto che la frequenza di simili reperti fece volgere le indagini allo studio del potere glicolitico e glicofissatore dell'organismo mediante la prova alimentare.

E si trovò che in nevrotici e nevropatici la glicosuria alimentare si determina assai più facilmente e con maggior costanza che nei sani, mentre nelle varie malattie mentali costituirebbe un fenomeno più raro e meno costante.

Sarebbe ozioso e superfluo riassumere qui i numerosi studii sull'argomento. Notizie complete si possono trovare nelle pubblicazioni di GRAZIANI (2) e di BOSCHI (3) ove son pur tratteggiate le più importanti discussioni, che simili indagini son venute man mano suscitando.

Noi abbiamo voluto eliminarne subito una, la più grave. Diciamo le nostre «*indagini sul potere glicolitico*» e non «*sulla funzionalità epatica*» per quanto la prova della levulosuria come indice della funzionalità del fegato, abbia trovato in MINKOWSKI (4) SACHS (5) LÉPINE (6) VOIT (7) L. FERRANNINI (8) BORRI (9) DI GIOVINE (10) ecc. sostenitori eminenti, di fronte alla prova della glicosuria, che dopo l'esempio di C. BERNARD (11) e di COLRAT (12) offrì argomento ad un'estesissima serie di indagini.

Non è invero chi non veda in quale labirinto ci si sperda, quando dal campo della patologia generale si passi a costruire ipotesi in

---

(2) Giornale di Psichiatria clinica e di tecnica manicomiale A. 1908.

(3) Idem, idem.

(4) cit. in 3.

(5) Zeitschr f. Klin. Med. 1900 S. 438.

(6) Semaine médicale 1901 p. 105.

(7) Deut. Arch. f. Klin. Med. LVIII. 6. S. 533.

(8) Riforma medica 1902 N. 58.

(9) Cit. in 3.

(10) Gazzetta internazionale di medicina N. 10 - A. 1905.

(11) Leçons sur le diabète et la glycosurie animale. Paris 1875.

(12) V. N. 2.

quello delle malattie mentali, ove possiamo avere anomalie di funzioni non tanto per squilibri circolatori o focolai anatomici, quanto per alterato meccanismo di innervazione, e però anche in modo affatto instabile ed ineguale. Assai più logico è considerare che al ricambio zuccherino prendono parte non solo il fegato, ma ancora il sistema muscolare e tutti gli altri tessuti, come già per la prova della levulosuria pensarono pei primi LINOSSIER e ROQUE (13) e per la levulosuria, DEVOTO, SACHS, CRISAFI, MICHELAZZI, ecc.

* * *

Abbiamo studiato il coefficente glicolitico in ipotiroidei frenastenici, i cui caratteri clinici già precisammo altrove. Anche qui scegliemmo per l'esame ammalati con segni indubbi di ipotiroidismo, cioè con sintomi fisici, che, condensati, ed integrati, mettono capo alla sindrome mixedematosa e cretinica. E' necessario esaminare bene la sintomatologia delle forme tireotossiche genuine, per saperla ravvisare poi in individui, i quali non ne esibiscono che espressioni isolate, frammentarie e tenui, per potere cioè ben precisare le proteiformi sindromi fruste. Non altrimenti, come insegnò il TONNINI, (14) si analizzano le manifestazioni parziali della epilessia completa, per poterle ravvisare e riconoscere nella loro vera natura, quando insorgono frammiste ad altre espressioni psicopatiche.

Come soggetti di confronto non ci parve opportuno scegliere individui normali, su cui d'altra parte ripetute indagini furono eseguite dagli autori che si occuparono dell'argomento, ma ci sembrò più logico prendere in esame un'altra categoria di frenastenici: gli imbecilli semplici, o deficienti biopatici, secondo il concetto patogenetico e clinico oggi dominante (15): individui cioè, ereditariamente predisposti, a mentalità frenastenica, con un minimum di sintomi patogeni, sopratutto motorii, e scevri da manifestazioni tiroidee.

---

(13) Archives de médicine expérimentale et d'anatomie pathologique 1895.

(14) Le epilessie - Torino F.lli Bocca 1891.

(15) *De Sanctis* - Trattato di Psichiatria ecc. pag. 135 e segg. Società Editr. Libraria 1913.

TECNICA DELLE ESPERIENZE

Alla dose empirica di levulosio usata da SACHS, STRAUS, VON NOORDEN ed altri, ho preferito quella più logica, che basandosi sul rapporto fra zucchero utilizzabile e peso del corpo, meglio ci avvicina al «coefficente di assimilazione» (LINOSSIER e ROQUE) che sarebbe costante in uno stesso individuo.

Previo esame d'urina, somministro a digiuno, nello spazio di circa mezz'ora, ed alla distanza di quattro ore dal primo pasto della giornata, il levulosio sotto la forma indicata da REBAUDI e seguita anche da BOSCHI, ma in minor quantità di liquido.

E cioè:

Levulosio gr. 1.90 × peso del corpo
Acque aromatiche gr. 100
Acqua distillata » 150
Liquore anisato d'ammonio venti gocce
Estratto acquoso d'oppio ctgr. 15

Sull'urina fatta raccogliere ogni tre ore, senza che in nessun caso si rendesse necessario il cateterismo, e filtrata a traverso carbone animale, eseguisco le indagini usando:

per la ricerca qualitativa il reattivo di TROMMER, e nei casi dubbi anche il FEHLING e il NYLANDER (16), e il reattivo di SELIWANOFF;

per la ricerca quantitativa il reattivo di PAVY.

Ricerca col reattivo di Trommer — A 5 c. c. di urina, aggiungo un c. c. della soluzione al 10 °/₀ di idrato sodico, quindi a gocce la soluzione al 10 °/₀ di solfato di rame, sino a che rimanga qualche fiocco insoluto di idrato rameico. Riscaldo e giudico della

(16) *Reale* — Manuale di Chimica Clinica — Napoli C. Preisig 1897 p. 63.

presenza di zucchero, non tanto dallo scoloramento dell'urina, quanto dal colore del precipitato, che si forma anche prima dell'ebollizione. E dico:

reazione negativa se il precipitato ha una tinta brunastra, *reazione debole* quando assume un colore giallo arancio (ossidulo di rame) *reazione positiva* se ha un colore rosso mattone (ossido rameoso).

Sulle urine con " reazione positiva „ procedo al dosaggio col metodo di PAVY, come dirò in seguito.

Ricerca col reattivo di Seliwanoff — GRAZIANI ha studiato con precisione il metodo, e le mie esperienze confermano le sue conclusioni. E' nota la reazione come vien suggerita da TOLLENS. A 5 c. c. di urina si aggiungono 5 c. c. di acido cloridrico fumante ed un c. c. della soluzione seguente: Resorcina un gr. Acqua distillata e acido cloridrico ana gr. 60 — Si riscalda lentamente alla fiamma; la reazione positiva è indicata da una colorazione rosso viva.

Urine normali, cioè prive di sostanze zuccherine, possono presentare con questo reattivo una tinta rosso brunastra di tal natura da simulare la reazione, che il SELIWANOFF dà con soluzioni deboli di levulosio. GRAZIANI ricercò quali fossero nell'urina le sostanze capaci di dare questa reazione. Allo scopo istitui indagini di confronto: soluzioni deboli di levulosio in acqua ed in urina; urine normali di varia intensità di colore, urine rese incolore con filtrazione attraverso carbone animale. E concluse che la reazione, che l'urina normale dà col SELIWANOFF, è dovuta in gran parte all'azione dell'acido cloridrico sui pigmenti. Se l'urina viene depigmentata, essa si riduce ad una lieve colorazione rosea, la quale differisce dalla reazione positiva di SELIWANOFF pel levulosio, perchè si intorbida. Io dirò in seguito i vari risultati delle mie esperienze. GRAZIANI osserva giustamente che la reazione del SELIWANOFF non si può ritenere specifica del levulosio. In soggetti che hanno ingerito saccarosio, rigorosamente è indice di saccarosuria: essa è positiva anche quando le reazioni di TROMMER e di NYLANDER, che pur dovrebbero rivelare tracce anche minime di levulosio, son negative. Gli è che in tal caso il reattivo di SELIWANOFF svela il monosaccaride levulosio, che assieme al glicosio si forma per l'ebollizione in presenza dell'acido cloridrico.

Ecco perchè nei nostri ammalati abbiamo preferito somministrare il levulosio. Vedremo in seguito sotto qual forma venga eliminato

Ricerca quantitativa — Per tale ricerca occorrono le due soluzioni di Pavy. E cioè:

Soluzione A.

Solfato di rame cristallizzato gr. 4,158
portare a cent. cubi 500 con acqua distillata.

Soluzione B.

Sale di Seignette gr. 20,40
Potassa caustica in cilindri, all'alcool gr. 20,40
Ammoniaca (d' 0,88) c. c. 300
portare a cent. cubi 500 con acqua distillata.

Dieci centimetri cubi della soluzione A. si mescolano in una bevuta con 10 c. c. della soluzione B., aggiungendo l'acqua di lavaggio della pipetta, quindi vi si versano circa 20 gocce di ammoniaca. Si chiude la bevuta con un tappo a due fori, nell'uno dei quali si innesta un tubetto ricurvo, e nell'altro l'estremo di una buretta graduata, in cui si versa l'urina. Si riscalda la miscela alla fiamma sino all'ebollizione, lasciandovi gocciolare l'urina dalla buretta, finchè si scolori. Sapendosi che la miscela unitaria Pavy è neutralizzata da un centigrammo di zucchero, si deduce la percentuale del levulosio nell'urina, dalla quantità che ne venne usata per ottenere la decolorazione.

Come si disse, il saggio non fu eseguito nei casi di reazione di Trommer debole.

CASI CLINICI E RISULTATI DELLE ESPERIENZE

Venni nella determinazione di studiare il potere glicolitico in frenastenici con sindrome ipotiroidea, mentre eseguivo le mie prime indagini sulla curva urinaria in ammalati del genere.

Fin d'allora nell'esame preliminare dell'urina, diretto a mettere in evidenza eventuali sostanze abnormi, il reattivo di Trommer e di

FEHLING mi rivelò qua e là tracce di zucchero. E sopratutto certa glicosuria spontanea si mostrò indubbia, e fu confermata anche da prove recenti in quattro ammalati, di cui riassumo i dati clinici essenziali:

A) *Frenastenici con sindrome ipotiroidea* (*)

CASO I, C. E. (C. 2784) — Ha l'aspetto cretinoso: statura bassa, segni di rachitide pregressa. Tipo mentale imbecillesco; intercorrenti fasi di eccitamento con idee or grandiose, ora persecutorie, rapidamente dileguantisi.

CASO II, M. E. (C. 4357) — Cretinismo nel gentilizio. — Offre segni molteplici di mixedema frusto. Presenta un tipo di mentalità confinante coll'idiotico. Pare che fuori dell'istituto fosse di carattere inquieto, minacciasse incendi, e si dimostrasse sessualmente lubrico, tanto da spingersi a tentativi osceni verso una sorella minorenne. Qui si è mantenuto sempre allo stesso modo, inetto a qualsiasi lavoro, spesso clamoroso ed eccitabile.

CASO III, M. G. (C. 5520) — Proviene da famiglia in cui abbondano le manifestazioni distiroidee. Ha gozzo voluminoso. Personalità fisica e mentale assai arrestata nello sviluppo. Gli stimoli della vita quotidiana in famiglia, ed in un ambiente sociale dei più angusti, valsero a creare man mano un disordine assoluto della condotta.

CASO IV, B. P. (C. 5954) — Sembra provenga da cretini. Ha note rilevanti di arresto psicosomatico a fondo ipotiroideo. Commise un mondo di stranezze, che lo condussero al manicomio. Qui è di carattere sospettoso, qualche volta sitofobo, e con atteggiamenti di minaccia.

In tutti i casi che seguono, l'esame preliminare dell'urina, e sopratutto di quella emessa immediatamente prima della somministrazione del levulosio, mi ha dato risultato negativo. La reazione di TROMMER si è manifestata costantemente con un precipitato brunastro o bruno violaceo. La reazione di SELIWANOFF sull'orina priva di zuc-

(*) La successione delle indagini risulta dai registri del Laboratorio di Chimica dell'Istituto.

chero, mi si è svelata con varie modalità a seconda del colore dell'urina stessa, tanto che dai molteplici raffronti eseguiti crederei di stabilire i *seguenti rapporti fra colore dell'urina e reazione di Seliwanoff per urine normali:*

Urina incolora — Colorazione giallo rosea, che passa presto al giallo bruno, talora con intorbidamento;
» giallo paglierina — Colore giallo brunastro con intorbidamento;
» gialla — Colore giallo aranciato con intorbidamento;
» rossiccia — Colore giallo rossastro con intorbidamento;
» bruna — Colore bruno rossastro con intorbidamento.

E' necessario conoscere bene il vario modo di manifestarsi della reazione di Seliwanoff su urine normali, per poter distinguere poi la reazione positiva, debole, o anche semplicemente dubbia in orine, che contengono levulosio.

Nei casi che vengo esponendo, dato il previo reperto negativo, le singole reazioni positive non potevano essere attribuite ad altre sostanze che non fossero zuccherine.

Caso V, I. G. (C. 5459) — Appartiene a famiglia in cui abbondano le manifestazioni fruste e genuine distiroidee. Mentalità frenastenica con immaginazione povera, scarsissima ideazione superiore, grave difetto di logica, torpore psichico. Tendenza all'alcool ed al vagabondaggio. Gli stimoli alcoolici risvegliano in lui delirii improvvisi e tendenze aggressive assai pericolose. Omicida in stato d'ebbrezza. Ha tiroide ipertrofica; edemi transitori al viso, intercorrenti disturbi reumatoidi, segni di involuzione precoce, per quanto lo stato di salute fisica si conservi buono.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 115.

Risultati dell'esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	24
Trommer (*)	—	+	+	—	—
Seliwanoff	—	+	debole	—	—

Pavy — quantità massima di zucchero eliminato, gr. 0,11 0/0 alla 9.ª ora.

(*) Per brevità, citiamo soltanto il reattivo cui di preferenza ci siamo attenuti.
+ positivo. — negativo.

CASO VI, S. B. (C. 3975) — Discende da cretini. Ha tiroide ipertrofica e segni di rachitide. Mentalità imbecillesca con percezione rudimentale, orizzonte psichico assai ristretto, immaginazione atrofica. Stato perenne simionirico.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 108.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	15	24
Trommer	+	debole	+	+	—	—
Seliwanoff	+	+	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminato gr. 0.15 o|o alla 9.ª ora.

CASO VII, B. F. (C. 5622) — Eredità pazzesca. Ha segni fisici indubbi distiroidei; tiroide ingrossata, prematuri fenomeni involutivi, tipo mentale imbecillesco con credulità, critica atrofica, fatui delirii, atteggiamenti da perseguitato, spunti grandiosi. Accanto a chiara deficienza mentale, mostra certa coerenza fra pensiero ed azione.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 115.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	15	24
Trommer	+	debole	debole	+	—	—
Seliwanoff	+	+	—	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata 0,13 o|o alla 3.ª ora.

CASO VIII, C. A. (C. 4733) — Presenta accanto alla sindrome ipotiroidea, note epilettoidi: contegno mutevole, inaffettività con ottundimento sensitivo sensoriale: tendenza all' ozio, al vagabondaggio, all' alcool. Omicida in istato di ebbrezza. Stato perenne di coscienza obnubilata.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 105.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	15
Trommer	+	+	+	—	—
Seliwanoff	+	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0.17 alla 6.ª ora.

Caso IX, P. L. (C. 5507) — Appartiene a famiglia in cui ci sono psicopati, gozzuti e pellagrosi. Tipo mentale imbecillesco. Ha gozzo, atteggiamenti scimmieschi, riso esplosivo, collezionismo, voracità. Funzioni percettive lente, patrimonio di idee concrete molto limitato; intercorrenti idee persecutorie. Senescenza precoce.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 110.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	22
Trommer	+	+	debole	—	—
Seliwanoff	+	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero aliminato gr. 0,11 alla 6.ª ora.

Caso X, P. P. (C. 5507) — Ha cretinoidi in famiglia. Mentalità semi-imbecillesca con umore e contegno variabile, che mette capo a periodi or di eccitamento, or di stupore lieve. Qua e là vaniloquio e stereotipe idee persecutorie assai puerili.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 118.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12
Trommer	debole	—	—	—
Seliwanoff	debole	—	—	—

— Non dosabile.

Caso XI, M. C. (C. 5767) — Ha ereditarietà epilettica e tiroidea. E' affetto da gozzo voluminoso. Ebbe impulsi semicoscienti in stato d'ebbrezza. Appar torpido, lento nel percepire e come trasognato. Ha voce rauca, nasale; cuscinetti adiposi al collo; qualche nota di rachitide.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 125.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	22	24
Trommer	debole	debole	debole	debole	—	—
Seliwanoff	—	—	debole	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,06 alla 9.ª ora.

Caso XII, M. G. (C. 3953) — Ha sviluppo fisico manchevole a fondo ipotiroideo; tiroide ingrossata; segni di rachitismo. Mentalità imbecillesca con profonda lesione anche nella sfera morale. Ebbe impulsione omicida.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 110.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	15
Trommer	debole	+	debole	—	—
Seliwanoff	debole	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,07 alla 6.ª ora.

Caso XIII, G. G. (C. 6112) — Sviluppo fisico assai inferiore all' età per quanto in ogni sua parte armonico; funzione sessuale atrofica, mentalità infantile, ecco la triade sintomatica propria dell'individuo in esame, schietto cretinoide, che l' intolleranza famigliare e sociale ha inviato all'Istituto.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 67.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	18	24	27
Trommer	+	+	debole	+	debole	—	—
Seliwanoff	+	+	debole	—	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,18 alla 6.ª ora.

Caso XIV, F. G. (C. 5314) — Ipotiroidico dall'infanzia. Ne dimostra le tracce in tutto lo sviluppo somatico e nell'invalidità sessuale. In questi ultimi anni l'intossicazione venne in lui assumendo un procedimento più vivace ed acuto, complicandosi anche a manifestazioni criminali sotto forma di atti di libidine su minorenni.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 90.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	22	25	28
Trommer	+	debole	—	+	—	—	—
Seliwanoff	+	+	—	—	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,08 alla 12.ª ora.

Caso XV, L. G. (C. 3324) — Sotto l'aspetto clinico si avvicina assai al precedente. Ha molte note di mixedema frusto e mentalitá imbecillesca. Ma è ancora un deficiente ereditario, ed ha caratteri degenerativi assai pronunciati, sopratutto al capo. Sessualmente fu sempre un invalido.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 95.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	15	24
Trommer	+	+	+	—	—	—
Seliwanoff	+	+	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,17 alla 3.ª ora.

Caso XVI. P. G. — La sindrome ipotiroidea, che ci presenta l'ammalato si integra nella famiglia e negli ascendenti. Ha gozzo, anomalie dentarie. E' braditrofico, torpido in ogni estrinsecazione della vita psichica; tipo mentale infantile.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 70.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	15
Trommer	+	+	debole	—	—
Seliwanoff	+	+	+	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,08 alla 3.ª ora.

Caso XVII, C. A. (C. 5022) — Distiroidismo famigliare: ha gozzo. Tipo mentale semimbecillesco. Dissidi famigliari risvegliarono in lui idee di persecuzione e di possessione, che lo spinsero ad impulsi pazzeschi assai pericolosi.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 144.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	22	24
Trommer	+	+	+	—	debole	—
Seliwanoff	+	+	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,16 alla 6.ª ora.

Caso XVIII, B. E. (C. 5327) — Ha ereditarietà pazzesca. Apparve sempre un povero di spirito con instabilità affettiva accentuata, la quale mette capo ad episodi or di depressione, or di eccitamento lieve, senza che il coefficente mentale, nelle fasi di tregua, appaia mutato. Presenta segni fisici molteplici, per quanto attenuati, di mixedema.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 136.

Risultati dell' esperienza

Dopo ore	3	6	9	12	24
Trommer	debole	+	—	debole	—
Seliwanoff	+	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,21 alla 6.ª ora.

B) *Frenastenici senza manifestazioni ipotiroidee*

Dei frenastenici senza manifestazioni fisiche e psichiche di ipotiroidismo che ho preso in esame, ho trovato lieve glicosuria spontanea in tre. Ma debbo osservare che mentre uno di essi è realmente un frenastenico ereditario, privo di qualsiasi manifestazione motoria clinicamente rilevabile, gli altri su cui richiamai l'attenzione al primo iniziarsi delle mie indagini, quando ancora non avevo fatto un preciso lavoro di selezione, sono due imbecilli epilettici. Ed in questi la frenastenia dovrebbe considerarsi una pura sindrome. Ad ogni modo ecco i singoli caratteri clinici.

Caso XIX, B. G. (C. 3407) — E' un eredo pellagroso cresciuto in condizioni d'ambiente poco favorevoli allo sviluppo fisico e mentale. E' gracile, ha psiche infantile, paure fatue ; fluttuazioni emotive rapide. Guai se lo si distolga dalle sue occupazioni abituali alquanto umili !

Caso XX, M. A. (C. 4869) — Ha postumi di paralisi infantile. Mentalità semimbecillesca. Qua e là manifestazioni motorie convulsive or par-

ziali, or generalizzate: equivalenti psichici contraddistinti da onirismo senza impulsi.

CASO XXI, R. D. (C. 4862) — Ha avuto febbre infettiva nell'infanzia, di cui residuano parziali sintomi motori di paresi e di irritazione. Tipo mentale infantile. Va soggetto a convulsioni nel dominio di isolati gruppi muscolari. Ha pure equivalenti in strida e fenomeni procursivi.

CASO XXII, C. V. (C. 5441) — E' un deficiente originario, che sino a pochi anni fa mostrò di adattarsi all'ambiente famigliare e sociale in cui viveva, poi si abbandonò ad atti di vandalismo e di oltraggio al pudore. Gli atti, il contegno, le tendenze, rivelano gli scarsi elementi ond'è costituita la personalità mentale.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 125.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	24
Trommer	debole	+	debole	—	—
Seliwanoff	debole	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,05 o[o alla 6.ª ora.

CASO XXIII, C. E. (C. 4352) — E' un imbecille morale, la cui vita psichica, anche dal punto di vista della intelligenza, si svolge in una sfera ben limitata. Insidiò il passaggio di un treno, trasportando massi di pietra sulle rotaie, tentò strozzare una giovinetta, che non intendeva cedere alle sue voglie, ebbe periodi di eccitamento, con tendenze sempre immorali: ond'è che più volte fu ricoverato. E' un eredo alcoolista; presenta note degenerative accentuatissime al capo. Ha lunghe fasi di tregua, in cui può essere adibito al lavoro. Non ha coscienza di uno stato morboso.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 100

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	24
Trommer	—	+	debole	+	—
Seliwanoff	—	debole	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,04 alla 6.ª ora.

CASO XXIV. L. A. (C. 4718) — E' un imbecille morale con intellettualità evoluta appena mediocremente. Ha ereditarietà pazzesca; note degenerative. Uccise un compagno in rissa. Minacciò i famigliari, fu dedito all' alcool ed al vagabondaggio. E' pretenzioso, superbo, attaccabrighe, prepotente.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 107.

RISULTATI DELL'ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	24
Trommer	—	+	debole	—	—
Seliwanoff	—	+	debole	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,09 alla 6.ª ora.

CASO XXV. L. E. (C. 2962) — E un frenastenico che ha al proprio attivo molte condanne per furto, minacce, ecc. Si comprende come dal fondo della di lui mentalità abbiano potuto emergere delirii persecutorii, che qua e là si avvivano con una nota caratteristica e costante di puerilità fatua. Abusi alcoolici risvegliarono pure allucinazioni, che talora ancor oggi si rivelano frammentarie e con carattere onirico. Coefficente psichico immutabile da quando l'ammalato è in manicomio: e sono molti anni.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 110.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	22
Trommer	debole	debole	+	—	—
Seliwanoff	debole	—	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,06 o|o alla 9.ª ora.

CASO XXVI. S. E. (C. 3341) — Ha note degenerative e morbose. Gli è che sino all'adolescenza sarebbe cresciuto in modo regolare; quindi in seguito a febbre tifoide presentò sintomi di mancata evoluzione psichica. Per quanto l'ammalato sia ereditariamente compromesso, va classificato fra

i frenastenici biocerebropatici, offrendo egli fenomeni rudimentari di lesa funzione motoria. Ha mentalità infantile.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 122.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12
Trommer	+	debole	—	—
Seliwanoff	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,09 alla 3.ª ora.

CASO XXVII. V. E. (5820) — Soffrì di febbre infettiva nell'infanzia e fin da allora si mostrò di intelligenza assai limitata. In seguito apparve inetto al lavoro, tanto che menò presto vita randagia, abbandonandosi anche all'alcool. Incominciò di buon'ora ad essere ricoverato in manicomio. Non perdura in una qualsiasi occupazione, sia per abulia originaria, sia per l'indole ombrosa, maldicente, inquieta, per cui non riesce ad affiatarsi con nessuno, ed è sempre in preda a fatui risentimenti ed a scontrosità. Sembra abbia sofferto di corea. E' un imbecille-idiota.

Levulosio somministrato a digiuno gr. 110.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12	24
Trommer	+	+	—	—	—
Seliwanoff	+	debole	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,10 0|0 alla 6.ª ora.

Seguono ora i risultati delle indagini eseguite su tre infermieri, frenastenici di grado mediocre.

Non è chi non veda come siano rari nei manicomii gl'imbecilli genuini, che da un lato sian esenti da disturbi, che tradiscano in qualche modo un substrato patogeno cerebrale, e dall'altro non nascondano procedimenti involutivi assai subdoli.

I tre infermieri esaminati sono in condizioni di salute fisica buona, non hanno sofferto mai malattie speciali. Hanno ideazione inferiore normale, ma sono semplici di spirito. Obbedienti, laboriosi, difettano nei poteri critici e discriminativi relativamente alla loro professione e posizione sociale. Il loro contegno è uniforme, l'espressione emotiva scarsa, il linguaggio poco evoluto.

CASO XXVIII. F. L. — Levulosio somministrato a digiuno gr. 100.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12
Trommer	—	+	—	—
Seliwanoff	—	+	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,07 alla 6.ª ora.

CASO XXIX. V. G. — Levulosio somministrato a digiuno gr. 122.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12
Trommer	—	debole	—	—
Seliwanoff	—	debole	—	—

CASO XXX. L. S. — Levulosio somministrato a digiuno gr. 100.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Dopo ore	3	6	9	12
Trommer	+	debole	debole	—
Seliwanoff	+	—	—	—

Pavy — Quantità massima di zucchero eliminata gr. 0,05 alla 3.ª ora.

QUADRO RIASSUNTIVO

CASO I. glicosuria spontanea.
» II. idem
» III. id.
» IV. id.
» V. Quantità massima di zucchero eliminato colla prova della levulosuria gr. 0,11 °/o.
» VI. gr. 0,15 °/o.
» VII. » 0,13
» VIII. » 0,17
» IX. » 0,11
» X. tracce
» XI. gr. 0,06
» XII. » 0,07
» XIII. » 0,18
» XIV. » 0,08

CASO XV. gr. 0,17
» XVI. » 0,08
» XVII. » 0,16
» XVIII. » 0,21
» XIX. glicosuria spontanea
» XX. idem
» XXI. id.
» XXII. gr. 0,05
» XXIII. » 0,04
» XXIV. » 0,09
» XXV. » 0,06
» XXVI. » 0,09
» XXVII. » 0,10
» XXVIII. » 0,07
» XXIX. tracce
» XXX. gr. 0,05

Le modalità di reazione osservate nei molteplici esami d'urina si possono tradurre in questi termini:

Negli ipotiroidei l'urina trattata colla soluzione di TROMMER, si scolora rapidamente alla fiamma, e produce un precipitato or giallognolo, ora rossastro, or giallo rossastro, con successioni di tinte ad intensità crescente o decrescente, o susseguentisi in modo irregolare, talvolta con bruschi passaggi: e la reazione, in qualche caso, si mostra anche venti ore dopo l'assunzione dello zucchero, con precipitato giallognolo, che passa più tardi al brunastro.

L'urina trattata col reattivo di SELIWANOFF, assai spesso già rivela una tinta rosea a freddo, con un anello al punto d'incontro colla soluzione stessa. Alla fiamma assume un colorito rosso aranciato, che passa in seguito in modo regolare, nei saggi successivi sui singoli campioni d'urina, al color rosso vivace, al rossastro, ed al giallo rossastro, talvolta con intorbidamento, sotto forma di un precipitato, il quale si raccoglie poi in fondo alla provetta, mentre il liquido soprastante riprende nettamente la colorazione primiera, e la conserva a lungo. Simili variazioni nell'intensità della reazione non sono in rapporto costante colla intensità della reazione di TROMMER. In ogni caso poi la reazione di SELIWANOFF ha minor durata, e cessa costantemente anche quando il liquido di TROMMER dà ancora risultato positivo.

In frenastenici genuini le reazioni sono molto frequenti, per quanto non siano costanti: si rivelano più tardi e con gradazioni di tinte discendenti talvolta in modo brusco, per cui da un saggio all'altro, per esempio dal primo al secondo, o dal secondo al terzo, si passa rispettivamente dal precipitato giallastro, o dal colorito rosso vivace, al bruno ed al giallo scuro: le reazioni di TROMMER e del SELIWANOFF cessan bruscamente, nè si ripresentano poi mai.

⁂

Così stando nel loro preciso modo di manifestarsi le singole indagini e reazioni da noi eseguite, si può concludere:

Nei frenastenici la glicosuria spontanea non è un fenomeno rarissimo. E' in ogni modo più frequente nei frenastenici con sindrome cretinosa, che non nei deficienti genuini, scevri da qualsiasi manifestazione distiroidea.

Nei frenastenici la levulosuria alimentare costituisce un fenomeno assai frequente.

In deficienti con sindrome ipotiroidea è quasi costante: appare presto, si protrae con brusche oscillazioni per più ore (sino a 20 e più) raggiunge gradi notevoli (0,21 0/0): dapprima si manifesta come schietta levulosuria, rilevabile tanto col reattivo di SELIWANOFF che col reattivo di TROMMER; più tardi, di solito dalla sesta alla nona ora, come glicosuria, rilevabile col TROMMER, col FEHLING, col NYLANDER, ma giammai col SELIWANOFF.

Nei frenastenici genuini è forse meno costante; è meno precoce, ha una durata inferiore, non supera di regola il 0,10 0/0, scompare gradatamente.

Constatiamo i fatti ed asteniamoci dal far deduzioni.

Abbiam veduto in frenastenici con sindrome ipotiroidea, allontanarsi dalla norma la costituzione urinaria; essere il siero di sangue dotato di azione litica sulle emazie dei frenastenici genuini e dei normali; subire l'urina ed il siero di sangue crisi simultanee di ipo ed ipertossicità (17); compiersi in modo anomalo il metabolismo dei carboidrati in ambedue le categorie dei frenastenici, specie nella prima, nel senso di un abbassarsi del coefficiente glicolitico e glicofissatore, come è lecito dedurre dalla glicosuria spontanea, e dal reperto positivo della levulosuria alimentare.

Tutti questi fatti rappresentano forse alcuni aspetti di una malattia fondamentale, di cui la frenastenia costituisce dal punto di vista psichico l'espressione sintomatica predominante.

Como, Agosto 1913.

---

(17) *Valtorta* — Ricerche urologiche ed ematologiche ecc. I.ª e II.ª Nota. Il Manicomio 1911 - 1912.

R. Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano
Clinica delle Malattie Professionali (Direttore: Devoto)

L'eliminazione dell'Azoto e dell'Acido urico in stati di eccitamento e di stupore

Dottor DARIO VALTORTA
del Manicomio Provinciale di Como

In patologia nervosa e mentale le ricerche sulla produzione e sulla eliminazione dell' acido urico ebbero sopratutto lo scopo di studiare se condizioni uricemiche potessero essere punto di partenza, o precisi elementi patogenetici di forme o sindromi cliniche.

Fece indagini rigorose in proposito l' Haig fin dal 1886 e negli anni successivi, incominciando dallo studiare su sè stesso l' eliminazione dell' acido urico in rapporto agli attacchi di emicrania cui andava soggetto, e trovò che in tali periodi l' eliminazione subiva un notevole aumento, per ridursi poi a proporzioni sotto la norma.

Fece osservazioni nel campo della epilessia e tentò di spiegare la genesi degli stati pre e postconvulsivi, che attribuì a diversa ritenzione di acido urico nell'organismo. (1 — 4)

L' esempio di Haig fu seguito da altri autori, che estesero l' indagine a diverse malattie mentali.

1) Further. Observations on the excretion of uric acid in epilepsy and the effect o- diet and drags on the fits «Brain» 1886.

2) Beitrag zu der Beziehung zwichen gewissen Formen von Epilepsie und der Aus scheidung von Harnsäure. «Neurologisches Centralblatt» N. 5 A. 1888.

3) Uric acid in diseases of the nervous system. «Brain» Spring number 1891.

4) Uric acid is a factor in the causation of disease «Brain» Vol. 16 pag. 63 A. 1893. Vol. 18 pag. 230 A. 1895.

In forme depressive periodiche, MARZOCCHI (5) trova accumulo progressivo di acido urico nel sangue, che considera come coefficiente, o per lo meno come causa aggravante del processo morboso, analogamente a quanto aveva osservato il MAUSDLEY; ed a conclusioni analoghe viene il LANGE (6), il quale anzi pensa esservi un rapporto preciso fra diatesi urica e melanconia periodica.

Nell' epilessia, KRAINSKI (7 - 8) segnala la diminuzione preaccessuale e l' aumento postconvulsivo dell' acido urico nell' urina, e ne dà quell' interpretazione complessa, (che oggi ha un puro valore storico), secondo la quale l' urea nell' epilessia, si idrata, e dà origine all' acido carbamico, che va man mano saturando l'organismo, il quale al fine se ne libera, eliminandolo in modo parossistico sotto forma di urea e di acido urico.

ALESSI (9) conferma che si ha un ipersecrezione postconvulsionaria tanto maggiore quanto maggiore è la durata dell' accesso. Ma non crede che la scarica motoria convulsiva metta capo ad iperproduzione di acido urico. L' aumentata eliminazione sarebbe connessa a lento accumulo di acido urico nell' organismo nei giorni che precedono l' accesso. Le ulteriori ricerche di HERTEL, (10) di BLEIBE, (11) di MELVILLE HIBBARD (12), di FERRARINI (13 - 14), non condussero a risultati concordi ed in genere vennero assegnando un valore eziologico ben diverso alle condizioni uricemiche, che gli entusiasmi dei primi reperti minacciavano di far assurgere alla dignità di precisi elementi patogenetici delle più importanti forme psicopatiche e neuropatiche.

---

5) L' acido urico nelle forme di depressione mentale. Rivista sper. di Freniatria, vol. 18 pag. 230 A. 1892.

6) Periodische Depressionzustände und ihre Pathogenesis auf dem Bode des Harnsäurediathese cit. Simonelli v. a.

7) Comunicazione alla Società Medico Scientifica di Kharkow Aprile 1895.

8) Zur Pathologie der Epilepsie. Cit. Simonelli v. a.

9) Contributo allo studio del ricambio materiale negli epilettici. Riforma Medica Febbraio 1898.

10) Untersuchungen uber die Aetiologie der gemeinen Epilepsie — Neurologisches Centralblatt N. 1. 1893.

11) The urine in Epilepsy. New Jorch medical jurnal N. 19 A. 1892.

12) A study of the excretion of urea and uric acid in melancholia « The american Journal of insanity » p. 350 A. 1898.

13) Autointossicazione ed epilessia — Annali di neurologia Vol. 16 p. 329 A. 1898.

14) Sui poteri ossidativi degli epilettici. Giornale di Psichiatria clinica e di tecnica manicomiale fasc. 1 - 2 A. 1903.

Finchè lo studio della produzione dell' acido urico passò dal campo ristretto della urologia, a quello più vasto del ricambio materiale (D' ORMEA e MAGGIOTTO — MASSARO — MUGGIA — PIGHINI — CUNEO ecc.)

L' ingente lavoro analitico raccolto nella letteratura è dal SIMONELLI (15) con chiara e precisa sintesi prospettato in un articolo apparso nel giornale di Firenze.

Per la natura delle nostre indagini ci basta ricordare che negli epilettici, AGOSTINI e TECTER, DIDE e STENNIT, e ROSSI (16) trovano aumento postconvulsivo nell' eliminazione dei composti azotati; escrezione inferiore alla norma nei periodi intervallari. Ed a risultati identici giungono VOISIN e PETIT, MAIRET e VIRIS, RIVANO, ALESSI, SMYTH. Il MARTINOTTI (17) trova che nella fase pre e postconvulsionaria l'azoto totale è diminuito, e che è pure abbassato il rapporto fra l' azoto dell' urea e l' azoto totale; mentre il TONNINI (18) è d' avviso che negli epilettici, anche nei periodi intervallari lontani dall' accesso, anzichè aversi una diminuita attività del processo di ossidazione, si osservi un ricambio nutritizio superiore al normale. Nei pellagrosi LUCATELLO e MALFATTI (19) trovano diminuito tanto l' azoto totale che il rapporto fra l' azoto dell' urea e l' azoto totale.

D'ORMEA e MAGGIOTTO (20) nei dementi precoci trovano forte abbassamento della quantità di urea e dell' acido urico; diminuzione dell' azoto totale, e del rapporto fra azoto dell' urea ed azoto totale.

PIGHINI (21) negli stessi ammalati distingue due tipi di alterazione del ricambio organico. Nelle forme iniziali, l' organismo soggiace ad una distruzione della propria albumina rilevabile dall' aumentata eliminazione di azoto e di zolfo per le urine; nelle forme avan-

15) La ricerca urologica nelle malattie nervose e mentali. Rivista di patologia nervosa e mentale Dicembre 1911.

16) cit. Pini - L' epilessia. Ed. Hoepli Milano 1902.

17) Rapporto fra l' azoto dell' urea e l' azoto totale nelle urine di alcuni epilettici. Annali di Freniatria A. 1898.

18) Le epilessie in rapporto alla degenerazione. Torino Ed. Bocca 1891.

19) Contributo allo studio delle funzioni epatiche nei pellagrosi. — Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche A. 1901.

20) Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. Giornale di Psichiatria clinica ecc. A. 1904 - 905.

21) Il ricambio organico nella demenza precoce. Rivista sperimentale di Freniatria A. 1906.

zate l'eliminazione di azoto per le urine è assai deficiente, buona parte dell' azoto ingesto passando per le feci.

In ambedue le forme la quantità di acido urico sarebbe normale, mentre si avrebbe aumento delle basi xantiniche.

Per quanto si riferisce alla psicosi maniaco-depressiva le osservazioni sul ricambio materiale sono molto più limitate. Indagini parziali, nè sempre clinicamente precise, furon fatte da Bence-Jones, Sutherland, Diller, Mendel, Vood, Mairet, ecc. (22) le quali tenderebbero ad ammettere un aumento nell'eliminazione dell' azoto negli stati di eccitamento, ed una diminuzione nelle sindromi depressive. Particolare menzione meritano gli studi di Cuneo, che qui riassumo perchè si ricollegano direttamente alle mie ricerche. Cuneo (23) trova che nella frenosi maniaco depressiva (e nella demenza precoce) il ricambio proteico si compie senza una regola fissa, di guisa che i prodotti di trasformazione dell' albumina nè sono completi, nè vengono totalmente eliminati. E però in parte si accumulano nell' organismo come primi prodotti del ricambio poco solubili e tossici, e costituirebbero la causa precisa dell' insorgenza di gravi fenomeni morbosi. Secondo l'A. mentre nella demenza precoce è costantemente rotta la legge di Voit e Pettenkofer, o dell' equilibrio di azoto, nella frenosi maniaco-depressiva ci sarebbe una correlazione precisa fra disturbi del ricambio e manifestazioni sintomatiche. Per cui nella fase maniaca è abolita la legge di Voit e Pettenkofer e si abbassa il rapporto azoturico; nella fase depressiva il ricambio subirebbe un miglioramento, nel senso che, pur permanendo abolita la legge, il rapporto azoturico si fa normale; e finalmente nei periodi di benessere intervallari, allo stato clinico normale risponderebbe un ricambio normale. Di più Cuneo ha potuto ottenere la dimostrazione sperimentale di questo nesso patogenetico nel campo terapeutico. Stati di eccitamento maniaco scompaiono quando si stabilisca artificialmente il mancato equilibrio di azoto, quando cioè si somministri all' ammalato una dieta opportuna, la quale contenga quella quantità di azoto, che cor-

---

22) V. G. Ballet. Traitè de Pathologie mentale. V. Doin A. 1903.

23) Alterazioni del ricambio proteico in alcune malattie. Boll. delle Scienze Mediche di Bologna A. 1909 - 1910.

risponde alla quantità eliminata; si riacutizzano quando si somministri un' alimentazione azotata esuberante.

Per le mie indagini ho preso in esame dementi precoci e maniaci depressi in ottime condizioni di salute fisica; ne ho esaminato più volte l' urina per escludere la presenza di elementi patologici, e ne ho studiato poi l' eliminazione dell' azoto totale e dell'acido urico in periodi di eccitamento ed in periodi di stupore. In alcuni di essi ho potuto sorprendere per l' esame la duplice sindrome, per quanto a distanza l' una dall' altra.

Le mie osservazioni sono tredici, si riferiscono a circa una metà dei casi presi in esame. Negli altri ammalati, per lo più eccitati, la irregolare assunzione del cibo, o la perdita di urina, dopo qualche giorno dalla esperienza, rendeva impossibile l' ulteriore esame.

Nè mi parve opportuno ricorrere alla sonda gastrica, od al catetere a permanenza colla contenzione. Tutti gli ammalati furono tenuti a quella dieta fissa e costante che già descrissi nella 1.ª Nota (*) e le indagini furono eseguite sulla urina delle ventiquattr' ore, a partire dal quarto giorno della dieta speciale. In nessun caso durante il periodo di esperienza, si manifestarono sintomi di turbata funzione gastroenterica.

Ho determinato l' azoto totale col metodo di KJELDAHL e l' azoto dell' acido urico, precipitato secondo il metodo di LUDWIG-SALKOWSKI.

Col metodo di KJELDAHL ho pure determinato l' azoto alimentare. E cioè, ho preso la decima parte (in volume o peso) degli alimenti che somministravo nelle ventiquattr' ore, ne ho fatto una miscela, l'ho essicata per tre, quattro giorni a bagno-maria; triturandola, l' ho ridotta in finissima polvere di aspetto omogeneo, e per la ricerca dell' azoto ne ho preso un grammo, riportando poi i valori ottenuti alla quantità totale dei cibi somministrati nella giornata.

I vari saggi eseguiti mi hanno dato come valore medio gr. 15,34 di azoto alimentare.

In una seduta della Società Lombarda di Scienze mediche e Bio-

(*) Pane gr. 500 — carne gr. 200 — riso gr. 100 — due uova — burro gr. 20 — latte 500 cc.

logiche in Milano, riferivo lo scorso anno alcuni miei reperti relativi alla eliminazione dell'acido urico (24). Il CENTANNI che prese interesse alla comunicazione, mi esponeva fin d'allora (25) le esperienze eseguite sotto la sua direzione dal Dottor SANGUINETI, (26) le quali venivano a confermare pienamente i miei dati, pur interpretandone diversamente il fattore patogenetico. E di recente anche il CUNEO in una recensione di quella mia prima nota (27) si esprimeva con riserva non già sui dati di fatto, quali scaturivano dalle analisi eseguite, ma su quelle mie prime deduzioni.

Espongo quindi ora i singoli casi clinici coi risultati di ogni esperienza.

---

24) L' eliminazione dell' acido urico negli stati di eccitamento e di stupore. Atti della Soc. di Sc. medic. e biol. Vol. I fasc. 3 pag. 398 e seg.

25) l. c. p. 277.

26) L' insonnia dei psicopatici. Ricerche quantitative sul ricambio delle sostanze puriniche. Riv. di pat. ner. e mentale 1912 p. 628.

27) Quaderni di Psichiatria 1913 pag. 69 e segg.

OSSERVAZIONE I. — S. A. (c. 5191) Discende da alienati — Mentalità frenastenica — Sindrome psicopatica demenziale.

Durante il periodo di esperienza (25 Marzo - 2 Aprile) non ha che brevi periodi di tranquillità apatica. Impulsi ambulatorii, verbigerazione, incoerenza e disordine di atti.

Diagnosi: eccitamento catatonico.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Marzo 25	gr. 12, 10	0, 206	0, 618
» 26	» 13, 17	0, 184	0, 552
» 27	» 13, 53	0, 193	0, 579
» 28	» 13, 53	0, 190	0, 570
» 29	» 14, 19	0, 187	0, 561
» 30	» 12, 07	0, 108	0, 324
Aprile 1	» 11, 62	0, 165	0, 495
» 2	» 15, 16	0, 188	0, 564
Media	gr. 13, 17	0, 177	0, 531

Osservazione II — P. F. (C. 4509) Sindrome stuporoso demenziale con atteggiamenti catatonici e catalettoidi.

Risultati del periodo di esperienza

	Azoto totale	Azoto dell'acido urico	acido urico
Aprile 9	gr. 11, 35	0, 101	0, 303
» 10	» 9, 92	0, 101	0, 303
» 11	» 12, 81	0, 160	0, 480
» 12	» 14, 00	0, 123	0, 369
» 13	» 10, 08	0, 108	0, 324
» 14	» 12, 35	0, 154	0, 462
» 15	» 9, 54	0, 112	0, 336
Media	gr. 11, 43	gr. 0, 122	gr. 0, 368

Osservazione III e IV — R. A. (C. 4688) Nel periodo di quattordici anni è accolto cinque volte in Manicomio, per episodi ora depressivi, ora di eccitamento.

Diari del periodo di esperienza.

A) 19 — 26 Aprile — Disordinatissimo, logorroico, in preda a gesticolazione animata, profusa.

Diagnosi: Eccitamento maniaco.

B) 26 Giugno — 2 Luglio — Taciturno, lievemente depresso, abulico.

Diagnosi: Stupore circolare.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Fase di eccitamento

	Azoto totale	Azoto dell' acido urico	Acido urico
Aprile 19	gr. 19, 43	0, 166	1, 489
» 21	» 18, 32	0, 596	1, 878
» 22	» 16, 20	0, 386	1, 158
» 23	» 14, 10	0, 171	0, 513
» 24	» 14, 80	0, 226	0, 678
» 25	» 16, 08	0, 081	0, 243
» 26	» 11, 06	0, 102	0, 306
Media	gr. 15, 71	0, 246	0, 740

Fase di stupore

	Azoto totale	Azoto dell' acido urico	Acido urico
Giugno 26	gr. 13, 62	0, 137	0, 411
» 27	» 11, 46	0, 114	0, 342
» 28	» 9, 80	0, 041	0, 123
» 29	» 9, 72	0, 140	0, 420
» 30	» 10, 73	0, 140	0, 420
Luglio 1	» 12, 48	0, 139	0, 417
» 2	» 13, 02	0, 106	0, 318
Media	gr. 11, 26	0, 116	0, 350

Osservazione V. — R. M. (C. 4621) Durante il periodo di esperienza (28-30Aprile) l' ammalato è in istato di stupore circolare. Per l' incontinenza di urina non ho potuto eseguire che tre esami.

Diagnosi: Stupore circolare.

	Azoto totale	Azoto dell'acido urico	Acido urico
Aprile 28	gr. 10, 44	0, 070	0, 210
» 29	» 9, 67	0, 084	0, 252
» 30	» 11,04	0, 102	0, 306
Media	gr. 10, 38	0, 086	0, 256

Osservazione VI. e VII. — B. L. (C. 4728) Sindrome demenziale.

Diari del periodo di esperienza:

A) (7 e 16 Maggio). In perenne stato di eccitamento. Semivestito, canta, grida, chiacchiera di continuo, eseguisce atti e movimenti senza scopo — È insonne. *Diagnosi:* Eccitamento catatonico.

B) 9-15 Giugno — Dopo quasi un anno di eccitamento subcontinuo,

è caduto in uno stato di stupore con mutacismo, apatia, negativismo.
Diagnosi: Stupore catatonico.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA.

Fase di eccitamento

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL' ACIDO URICO	ACIDO URICO
Maggio 7	gr. 10, 40	0, 227	0, 681
» 8	» 12, 32	0, 312	0, 936
» 9	» 11, 77	0, 509	1, 527
» 12	» 14, 32	1, 249	3, 747
» 13	» 12, 54	0, 471	1, 413
» 14	» 14, 41	0, 298	0, 894
» 15	» 13, 62	0, 179	0, 537
» 16	» 14, 10	0, 231	0, 693
Media	gr. 12, 93	0, 422	1, 303

Fase di stupore

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL' ACIDO URICO	ACIDO URICO
Giugno 9	gr. 11, 12	0, 187	0, 561
» 10	» 13, 56	0, 358	1, 074
» 11	» 9, 85	0, 194	0, 582
» 12	» 11, 33	0, 225	0, 675
» 13	» 14, 12	0, 212	0, 636
» 14	» 10, 54	0, 166	0, 498
» 15	» 10, 32	0, 174	0, 522
Media	gr. 11, 54	0, 216	0, 649

OSSERVAZIONE VIII. — A. E. (C. 568) Sindrome stuporoso catatonica. Durante il periodo di esperienza (8 - 16 Maggio) l'ammalato si mantiene assolutamente immobile, in goffo atteggiamento statuario.

Diagnosi: Stupore catatonico.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Maggio 8	gr. 9, 30	0, 113	0, 339
» 9	» 9, 71	0, 132	0, 396
» 11	» 10, 42	0, 176	0, 528
» 12	» 8, 77	0, 294	0, 882
» 13	» 12, 31	0, 176	0, 528
« 14	» 10, 49	0, 126	0, 378
» 15	» 12, 04	0, 117	0, 351
» 16	» 9, 52	0, 250	0, 750
Media	gr. 11, 79	0, 197	0, 593

OSSERVAZIONE IX. e X. — D. S. (C. 3013) Nell' Istituto da cinque anni.

Ha periodi di eccitamento maniaco e di stupore con intercorrenti fasi miste.

Diarii del periodo di esperienza.

A) 9 — 16 Giugno — Prodromi sotto forma di cefalea e di malessere generale. Quindi inquietudine continuata, grida, canti, tendenza a lacerare, insonnia. *Diagnosi:* Eccitamento maniaco.

B) 17 — 23 Giugno — Depresso, abulico, passivo, taciturno. *Diagnosi:* Stupore circolare.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Fase di eccitamento

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Giugno 9	gr. 12, 14	0, 205	0, 615
» 10	» 16, 07	0, 182	0, 546
» 11	» 12, 32	0, 225	0, 675
» 12	» 10, 52	0, 341	1, 023
» 13	» 15, 44	0, 276	0,828
» 14	» 14, 36	0, 225	0, 675
» 15	» 14, 27	0, 240	0, 720
Media	gr. 13, 56	0, 242	0, 726

Fase di stupore

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Giugno 17	gr. 8, 73	0, 168	0, 504
» 18	» 11, 76	0, 101	0, 303
» 19	» 11, 37	0, 117	0, 351
» 20	» 11, 72	0, 117	0. 351
» 21	» 9, 41	0,092	0, 276
» 22	» 10, 37	0, 077	0, 231
» 23	» 12, 19	0, 123	0, 369
Media	gr. 10, 79	0, 113	0, 339

OSSERVAZIONE XI — S. G. (C. 5877) Recidivo per la quinta volta. Da parecchi mesi in istato di eccitamento maniacale ininterrotto.

Durante il periodo di esperienza (17 — 23 Giugno) per quanto l'ammalato si mantenga singolarmente inquieto e logorroico, se ne sta a letto sì che l'urina vien raccolta in modo regolare.

Diagnosi: Eccitamento maniaco.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Giugno 17	gr. 11, 21	0, 274	0, 822
» 18	» 10, 96	0, 313	0, 939
» 19	» 11, 07	0, 121	0, 363
» 20	» 12, 78	0, 294	0, 882
» 21	» 12, 07	0, 210	0, 630
» 22	» 8, 53	0, 191	0, 573
» 23	» 9, 24	0, 215	0, 645
Media	gr. 10. 84	0, 231	0, 693

OSSERVAZIONE XII — B. G. (C. 5324) Sindrome iniziale ebefrenico paranoide. — Sindrome attuale: eccitamento catatonico.

Durante il periodo di esperienza (20 — 26 Giugno) si ha insonnia, clamorosità, vaniloquio.

Diagnosi: Eccitamento catatonico.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Giugno 20	gr. 11, 57	0, 173	0, 519
» 21	» 14, 02	0, 225	0, 675
» 22	» 14, 67	0, 189	0, 567
» 23	» 12, 30	0, 475	1, 425
» 24	» 12, 40	0, 209	0, 627
» 25	» 14, 07	0, 226	0, 678
» 26	» 14, 02	0, 243	0, 729
Media	gr. 13, 29	0, 248	0, 745

OSSERVAZIONE XIII. — A. G. (C. 5674) Sindrome stuporoso catatonica con atteggiamenti statuari, e mutacismo. Tale l' ammalato si mantiene durante il periodo d' esperienza (28 Giugno - 4 Luglio).

Diagnosi: Stupore catatonico.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

	AZOTO TOTALE	AZOTO DELL'ACIDO URICO	ACIDO URICO
Giugno 28	gr. 8, 62	0. 213	0, 639
» 29	» 11, 35	0, 174	0, 522
» 30	» 9, 02	0, 317	0, 951
Luglio 1	» 10, 40	0, 129	0, 387
» 2	» 10, 94	0, 160	0, 480
» 3	» 9, 24	0, 126	0, 378
» 4	» 9, 31	0, 211	0, 633
Media	gr. 9, 84	0, 190	0, 570

QUADRO RIASSUNTIVO

ELIMINAZIONE DELL'AZOTO E DELL'ACIDO URICO IN STATI DI ECCITAMENTO (CATATONICO E MANIACO) E DI STUPORE (CATATONICO E CIRCOLARE)

Azoto introdotto coll' alimentazione gr. 15, 34

(determinato col metodo di KJELDHAL sulla miscela di 1|10 della dieta somministrata)

OSSERVAZIONI	AZOTO TOTALE		ACIDO URICO	
	Stati di eccitamento	Stati di stupore	Stati di eccitamento	Stati di stupore
I ect.	gr. 13, 17		gr. 0, 531	
II stc.		gr. 11, 43		gr. 0, 368
III e IV ec. e stcir.	» 15, 71	» 11, 26	» 0, 740	» 0, 350
V stcir.		» 10, 38		» 0, 256
VI e VII ec. stc.	» 12, 93	» 11, 54	» 1, 303	» 0, 649
VIII stc.		» 11, 79		» 0, 593
IX e X ec. stcir.	» 13, 58	» 10, 79	» 0, 726	» 0, 339
XI ecm.	» 10, 84		» 0, 693	
XII ect.	» 13, 29		» 0, 745	
XIII stc.		» 9, 84		» 0, 570

ABBREVIAZIONI: ect. eccitamento catatonico — stc. stupore catatonico — ecm. eccitamento maniaco — stcir. stupore circolare.

Riassumendo: Nei soggetti presi in esame, l' *Azoto urinario* venne eliminato, *durante gli stati di eccitamento,* nella proporzione media di gr. 13, 17 (Oss. I); 15, 71 (Oss. III); 12, 93 (Oss. VI); 13, 58 (Oss. IX); 10, 84 (Oss. XI); 13, 29 (Oss. XII) e l' *Acido urico* nella proporzione rispettivamente di gr. 0, 531 - 0, 740 - 1, 303 - 0, 726 - 0, 693 - 0,745.

Durante gli stati di stupore, l'Azoto, nella proporzione di grammi 11, 43 (Oss. II); 11,26 (Oss. IV); 10, 38 (Oss. V); 11, 54 (Osservaz. VII); 11, 79 (Oss. VIII); 10, 79 (Oss. X); 9, 84 (Oss. XIII); e l'*Acido urico* nella proporzione rispettivamente di gr. 0, 368 - 0, 350 - 0, 256 - 0, 649 - 0, 593 - 0, 339 - 0, 570.

Cioè, negli stati di eccitamento, maniaco o catatonico, l' eliminazione dell'Azoto urinario e dell'Acido urico fu più accentuata che negli stati di stupore, circolare o catatonico. E le differenze fra le quantità dell'Azoto urinario e dell'Acido urico eliminate apparvero maggiori in uno stesso individuo, nel passaggio dalla sindrome stuporosa all' eccitamento, o viceversa, che non nei vari individui genericamente raffrontati (cfr. infatti le osservazioni III e IV - VI e VII - IX e X).

I miei reperti si allontanano assai da quelli ottenuti dal Cuneo, nè mi consentono di ammettere coll'A. che l'autointossicazione dell' organismo per rallentato ricambio azotato o purinico, costituisca la causa precisa delle sindromi di eccitamento, e che nelle fasi di stupore il ricambio subisca un miglioramento e si avvicini alla norma.

Io propenderei anzi ad ammettere che le modificazioni della costituzione urinaria da me rilevate, siano secondarie al delinearsi delle varie fasi della malattia, che vengono a perturbare l' equilibrio psicofisiologico, il ritmo fra i periodi di attività e di riposo, e tutto l'assieme delle funzioni vegetative.

Milano, Dicembre 1913.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA.

Contributo alla istologia patologica delle forme atipiche di demenza senile

PEL

DOTT. G. ANSALONE

Da quando ALZHEIMER (1) nel 1906 ebbe richiamato l'attenzione degli alienisti sulla esistenza di una speciale forma di demenza presenile, differenziabile dalla pura demenza senile per il decorso clinico e per il sostrato istopatologico, le ricerche sugli stati demenziali della senilità si seguirono ininterrotte.

Mentre però nel campo clinico regna tuttora non poca incertezza, ancora maggiore è il disaccordo tra gli autori in quello istopatologico.

Nella interpretazione di quei reperti, che si ritengono caratteristici della senilità, vi è sostanziale differenza di vedute.

Mediante il sussidio del metodo BIELSCHOWSKY, in una speciale forma di demenza presenile, l'ALZHEIMER mise in rilievo gravi ed estese lesioni delle cellule corticali, che interpretò come una speciale alterazione dell'apparato neurofibrillare endocellulare.

Quasi tutti gli autori, che si occuparono successivamente dell'argomento, descrissero reperti analoghi a quelli di ALZHEIMER, ma, nel pronunziarsi sulla loro vera natura, non pochi dissentirono sostanzialmente da lui.

BIELSCHOWSKY (2) dubita si tratti di un'alterazione dell'apparato neurofibrillare della cellula nervosa ed interpreta i grossolani grovigli descritti da ALZHEIMER come formazioni del tutto estranee alle neurofibrille.

(1) ALZHEIMER — Ueber eigenartige Erkrangung der Hirnrinde. Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. LXIV. 1906. S. 146.

(2) BIELSCHOWSKY — Zur kentniss der Alzheimerschen Krankeit (Praesenilen Demenz mit Herdesymptomen) Journ. Psych. und Neur. Bd. XVIII. 1911 S. 273.

ACHUCARRO (1) fa rilevare la grande rassomiglianza esistente tra le neurofibrille, presentanti l'alterazione di ALZHEIMER, e le numerose formazioni di natura sicuramente nevroglica, specie delle cellule satelliti, che si addossano agli elementi nervosi, e conclude quindi che, non potendosi differenziare le une dalle altre, resta ancora dubbia la vera natura degli scheletri, alla cui formazione partecipa largamente la nevroglia patologicamente neoformata.

Nello stesso ordine d'idee è anche COSTANTINI (2), il quale descrive reperti assai dimostrativi di fibre nevrogliche, le quali penetrano negli scheletri nervosi e formano con questi un intricato viluppo.

PERUSINI (3), il quale porta all'argomento un vasto contributo di ricerche personali, conclude che nella speciale alterazione delle cellule nervose descritte da ALZHEIMER e che va sotto il nome di scheletri delle cellule nervose, data la insufficienza del metodo argentico di BIELSCHOWSKY, che impregna largamente anche le strutture nevrogliche, riesce difficile stabilire, nei singoli casi, se queste siano frammiste alle neurofibrille alterate. Un contributo decisivo, egli dice, può solo esser portato dai metodi neurofibrillari elettivi di DONAGGIO, contributo, che si augura di potere presto dare.

ZIVERI (4), mentre lamenta che il metodo DONAGGIO, da lui applicato allo studio di un suo caso, e da cui si sperava la soluzione del dibattuto problema, non gli sia riuscito, si limita alla descrizione dei reperti ottenuti col metodo BIELSCHOWSKY, e per quanto riconosca gli manchino dati per conclusioni sicure e definitive, si mostra propenso a ritenere che le formazioni a gomitolo, a matassa, descritte da ALZHEIMER,

---

(1) ACHUCARRO — Some pathological finding in the Neuroglia und in the Ganglion-celle of the cortex in senile conditions. Bulletin N. 2. Governement Hospital for the Insane Washington 1910.

(2) COSTANTINI — Un senile normale di 105 anni. Rivista di Freniatria XXVII — 1901 fascicolo 1.

(3) PERUSINI — Sul valore nosografico di alcuni reperti istopatologici caratteristici per la senilità. Rivista Italiana di Neurop. Psich. ed Elettroterapia. Maggio 911. Vol. IV Fasc. IV - V.

» Ueber klinisch und histhologisch eigenartige psychische Erkrankungen des späteren Lebensalters. Histhologische und histopathologische Arbeiten. Bd. 3 — 1909.

(4) Rivista di patologia nervosa e mentale. Fasc. V. 1911.

siano dovute ad una speciale alterazione dell'apparato neurofibrillare della cellula nervosa.

Un contributo decisivo neanche può dirsi quello recente di SALA (1).

Egli descrive tutta una serie di formazioni patologiche, che ritiene di natura nervosa e sorvola su quelle imagini che a lui sembrarono di natura nevroglica, mentre da una accurata disamina comparativa dei due ordini di reperti sarebbe potuta venire una maggior luce sull'oscuro argomento.

Ancora più recentemente SIMCHOWICZ (2), in un caso di malattia di ALZHEIMER, nel corno di Ammone riscontra la triade di lesioni caratteristiche della demenza senile.

1°) una grande quantità di placche senili. 2°) la degenerazione delle cellule piramidali del tipo di ALZHEIMER. 3°) la degenerazione granulo vacuolare delle cellule piramidali.

Egli però ritiene che le fibrille, presentanti la speciale alterazione di ALZHEIMER, siano di natura non nervosa, ma probabilmente nevroglica, e siano sempre formazioni extracellulari.

A tali conclusioni SIMCHOWICZ fu indotto, da una parte, dai reperti ottenuti col metodo BIELSCHOWSKY di lesioni iniziali cellulari, dove erano più chiaramente apprezzabili i rapporti delle fibrille patologiche col corpo cellulare nervoso, dall'altra dai reperti ottenuti coi metodi di MANN - ALZHEIMER e WEIGERT per la nevroglia, coi quali riuscì a colorare molto chiaramente le strutture sopra citate.

Non a torto, quindi DONAGGIO (3) in una recente comunicazione alla Società di Patologia di Pisa, sulle alterazioni dell'apparato neurofibrillare nel cimurro nervoso, accennando ai reperti di conglutinazione, descritti sinora nella malattia di ALZHEIMER, rilevava ancora la loro dubbiezza, appunto perchè messi in evidenza con metodi non elettivi, che impregnano anche strutture nevrogliche.

---

(1) SALA — Sopra un caso di demenza pre-senile con sintomi a focolaio. Bollettino della Società Medico - chirurgica di Pavia. Anno XXVI N. 1. 1913.

(2) T. SIMCHOWICZ — La maladie d'Alzheimer et son rapport avec la démence senile. Comtes Rendus de la Société Scientifique de Varsovie 1913 — VI Année. Fasc. 2.

(3) DONAGGIO — Lesioni degli elementi nervosi nel cimurro, nella rabbia e nell' azione combinata sperimentale di cause patogene. Comunicazione alla VII Riunione della Società Italiana di Patologia (Pisa Maggio 1913). N. 112 di Pathologica del 1° Luglio 1913.

Noi abbiamo applicato il metodo IV DONAGGIO in due casi, che, se per l'età avanzata dei soggetti, non possono ritenersi tipici della forma di ALZHEIMER, hanno con questa una comunanza di sintomi rilevante, la quale ne permette la separazione dal gruppo delle demenze senili semplici e giustifica la diagnosi, sia pure ancora troppo generica, di « demenza senile atipica ».

Ecco brevemente riassunte le due storie cliniche coi reperti di autopsia.

Se. Caterina di anni 70, vedova, da Altamura, viene ammessa in Manicomio il 6 dicembre 1912 e vi muore per marasma il 6 Marzo 1913.

Il medico ve la inviava colla diagnosi di demenza senile e ne giustificava l'internamento col fatto che riusciva di pubblico scandalo.

Dal lato psichico presentava profonda decadenza mentale con disorientamento grave: indebolimento notevole della memoria (non ricordava più il nome del marito: non sapeva più dire quanti figli avesse etc.); presentava spesso fasi di eccitamento monotono, durante le quali doveva essere vigilata convenientemente, perchè, data la grande irrequietezza e lo stato di notevole debolezza somatica, rischiava di farsi del male. Lasciava notare spiccati disordini nella sfera del linguaggio; amnesia verbale ed a volte parafasia. Aveva dimenticato i nomi degli oggetti più comuni: esibendole un "cerino", e domandandole il nome, rispondeva "serino": perseverazione verbale: qualunque altro oggetto le si esibisse dopo rispondeva sempre "serino, serino".

Dal lato somatico: marasma intenso, grande debolezza degli arti inferiori: andatura molto incerta, esagerazione bilaterale del riflesso rotuleo: riflesso plantare d'ambo i lati in flessione: pupille eguali e reagenti bene alla luce ed all'accomodazione: assenza di tremori alle dita delle mani ed alla lingua.

All'autopsia notossi: aderenza della dura alla scatola cranica a livello dei lobi frontali: trasparenza del cranio, per scomparsa della diploe in corrispondenza delle due bozze parietali: ispessimento della dura: intorbidamento uniforme della pia: abbondanza di liquido cefalo rachidiano: atrofia sensibile dei due lobi frontali con aderenza della pia a quel livello alla sostanza corticale. Atrofiche del pari la 1.ª, 2.ª e 3.ª temporale sinistra specie verso l'estremo anteriore. I vasi del poligono di WILLIS ispessiti e beanti con placche ateromatose.

Pallore della sostanza corticale e midollare.

Assenza di lesioni a focolaio nei varii tagli alla FLECHSIG.

Ipertrofia del ventricolo sinistro, aorta dilatata: ispessimento e raggrinzamento della mitrale. Fegato da stasi: reni atrofici sclerotici.

B. Clementina di anni 65 da Greci (Avellino) viene ammessa in Manicomio il 7 Gennaio 1913 e vi muore di marasma il 7 Giugno 1913.

Anche in questa notavasi un grave stato demenziale, contegno estremamente stupido: disorientamento completo nell' ambiente: grave indebolimento mnemonico: ricordava a stento di esser vedova e di aver cinque figli, senza che sapesse dirne i nomi. In alcune ore della giornata si abbandonava ad una cantilena monotona e talvolta anche di notte. Bisognava imboccarla perchè non era capace di mangiare da sola.

Anche qui notavansi gravi disordini nella sfera del linguaggio: amnesia verbale quasi completa. Le si presentava un chiavino e le si domandava che cosa fosse; mentre colla mano eseguiva il gesto di chiudere ed aprire, non riusciva mai a dire " chiavino ,, : spesso diceva " cevicco ,, e ripeteva continuamente tale parola ad ogni nuovo oggetto che le si esibisse. Le si presentava una scatoletta di cerini: la prendeva, la apriva, ne cavava fuori uno e faceva le mosse di volerlo accendere, ed alle nostre insistenze per sapere che cosa avesse fra le dita, rispondeva: " fo . . fosfo . . ,, .

A volte notavansi sintomi aprassici: nel fare il segno della croce, dopo della fronte portava la mano alle parti laterali del torace e lì si arrestava.

Somaticamente presentava: Stato avanzato di marasma: andatura molto incerta: lieve disuguaglianza pupillare con reazione quasi normale alla luce ed all' accomodazione: Lieve disuguaglianza del riflesso patellare: quello di sinistra alquanto più vivace. Riflesso plantare in flessione d' ambo i lati: assenza di tremore alla lingua ed alle dita.

Reazione di WASSERMANN negativa.

All' autopsia notossi: Tavolati cranici con escavazione per la presenza di granulazioni pacchioniche: dura madre lucente madraperlacea; non ispessita. Pia uniformemente opacata, ma non molto ispessita nè aderente. Aspetto atrofico delle circonvoluzioni in massa: solchi molto più appariscenti del normale. Vasi del poligono del WILLIS sclerosati, beanti con chiazze ateromatose.

Aderenze pleuriche: pulmoni atelettasici: ectasia aortica con ateroma ossificante: ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro: periepatite cronica e peritonite cronica con aderenze delle anse intestinali agli altri organi addominali.

E' innegabile la notevole rassomiglianza dei due quadri clinici.

In entrambi: rapida e grave decadenza mentale: progressivo decadimento somatico, analogo e forse anche maggiore di quello, che suole riscontrarsi nella demenza paralitica. Le ammalate presentano in principio semplice andatura incerta: nel giro di pochi mesi, non si reggono più in piedi: bisogna tenerle a letto: rischiano di cadere ad ogni passo. Eccitamento monotono intercorrente: o cantano, schiamazzano in continuazione, o si levano ad ogni istante di letto, disfano, mettono tutto sossopra.

Sintomi somatici isolati ma non il complesso sintomatico proprio della paralisi progressiva: disordini nella sfera del linguaggio (amnesia verbale, parafasia) i quali colla reazione del WASSERMANN negativa, permettono una sicura diagnosi differenziale da quest'ultima grave malattia.

All'auptosia: atrofia lieve in massa del mantello o di singoli lobi: assenza di lesioni a focolaio.

Tale quadro clinico ed anatomo-patologico è proprio quello, che noi riscontriamo anche nei casi di più recente pubblicazione ascritti alla malattia di ALZHEIMER (1). I nostri non ne differiscono che solo per l'età avanzata dei soggetti e potremmo sin da ora porci il quesito se questo solo criterio sia sufficiente per non fare rientrare i nostri due casi nella forma di ALZHEIMER, ma pel momento, teniamo in questa nota a porre in luce i reperti che il metodo IV DONAGGIO, ci ha rivelati, e rimandando ad altra pubblicazione la trattazione del quesito clinico, che importerebbe una minuta disamina anche delle controverse vedute del FISCHER (2), il quale, come è noto, vorrebbe inglobare la malattia di ALZHEIMER, come forma atipica, nella demenza presbiofrenica, ci accontentiamo ora di un modesto contributo alla interpre-

(1) ZIVERI: Nuovo contributo per le malattie di ALZHEIMER. Rassegna di studi psichiatrici V. III. fasc. 3.
» SALA: lav. cit.
(2) FISCHER: Ein weiterer Beitrag zür Klinik und Pathologie der presbyophrenen Demenz. Zeitschrift für die gesamte Nevrologie und Psychiatrie Ba. XII — 1912.

tazione dei così detti reperti caratteristici della senilità ed in ispecie delle lesioni cellulari di ALZHEIMER e delle placche di REDLICH FISCHER.

Oltre il metodo IV DONAGGIO, applicammo sulla corteccia cerebrale, su pezzetti presi dai singoli lobi, i metodi di CAJAL, di BIELSCHOWSKY, WEIGERT e di ALZHEIMER per la nevroglia, e su pezzi fissati in alcool il metodo NISSL, perchè, con un esame comparativo dei reperti, potessimo portare la maggior luce possibile sull'argomento.

Sintetizziamo quanto ci fu dato osservare.

Il metodo CAJAL dà risultati assolutamente insufficienti: non impregna quasi per nulla le placche di REDLICH - FISCHER e dà immagini molto incomplete sia nelle cellule sane che in quelle colpite dalla speciale alterazione descritta da ALZHEIMER.

I reperti ottenuti col metodo BIELSCHOWSKY possono dividersi in due gruppi:

I) Quando la cellula è discretamente conservata, non si ha che una parziale impregnazione dell'apparato neurofibrillare. Si vedono filamenti alquanto più grossi delle neurofibrille normali, che decorrono in uno o due prolungamenti cellulari, raggiungono il corpo dell'elemento, ed ora attorno al nucleo, ora in una parte limitatissima della cellula, verso uno dei lati o verso la base, formano un ricco e grossolano intreccio.

Per quanto SALA, che ha descritto moltissimi di simili reperti, ritenga senz'altro si tratti di neurofibrille alterate, tale interpretazione a noi, prima dell'esame del materiale allestito col metodo IV DONAGGIO, era sembrata sempre alquanto dubbiosa per le seguenti ragioni:

a) Nella grandissima maggioranza delle cellule sane l'apparato neurofibrillare non è per nulla impregnato e di conseguenza non si può attribuire che molto scarso valore a reperti patologici di elementi, ottenuti con metodi, che non colorano questi allo stato normale.

b) Nelle cellule presentanti le descritte formazioni, queste sono limitate ad una piccolissima parte dell'elemento, il resto dell'elemento non presenta traccia alcuna di fibrillatura nè normale, ne patologica. Il metodo non rivela affatto lo stato del residuale apparato neurofibrillare, che non può supporsi scomparso senza residui, dato lo stato di discreta conservazione dell'elemento.

c) I filamenti tortuosi grossolani spesso guadagnano il corpo

cellulare seguendo il decorso di uno solo dei prolungamenti e ne fuoriescono liberi. Questi reperti di neurofibrille libere, ad elemento nell' insieme discretamente conservato, non possono interpretarsi se non con molta riserva.

II) Quando, per il progredito grado di desintegrazione, non appare più un elemento cellulare, questo è sostituito da un groviglio inestricabile di fili, intensamente colorati in nero e grossolani, al cui centro si scorge una massa rotondeggiante di aspetto nucleare.

Nulla può dirsi sulla vera natura di detti filamenti, perchè una parte di essi, distaccandosi dall' intreccio centrale, si perde negli ispessimenti fibrillari nevroglici del tessuto circumambiente, parte acquista persino rapporti di continuità con altri elementi fibrillari, che avvolgono strettamente le pareti vasali.

Il metodo BIELSCHOWSKY, concludendo, ci è apparso insufficiente a risolvere il dibattuto problema. Considerazioni analoghe a quelle dinanzi esposte, indussero SIMCHOWICZ a ritenere come extracellulari e di natura probabilmente nevroglica le fibrille presentanti l' alterazione di ALZHEIMER nel caso da lui recentemente pubblicato.

Il metodo IV DONAGGIO mette in rilievo i seguenti dati.

I) L' apparato neurofibrillare delle cellule nervose si presenta variamente leso per intensità a seconda delle diverse zone corticali. Le lesioni sono gravissime nel corno di Ammone: seguono, per intensità di lesioni, le circonvoluzioni 1ª, 2ª e 3ª temporale, specie verso l' estremità anteriore; il giro sopramarginale, il giro angolare, le circonvoluzioni del lobo frontale. Le meno lese sono le circonvoluzioni centrali.

Tale distribuzione non coincide completamente con quella riscontrata recentemente da SALA. Le circonvoluzioni prefrontali, ad onta della macroscopica atrofia, presentavano, specie nel I° caso, lesioni molto meno intense di quelle riscontrate da questo autore.

Coincide invece colla distribuzione topografica delle placche e delle alterazioni cellulari riscontrata da SIMCHOWICZ, per cui egli ritiene che, mentre nelle comuni forme di demenza senile si riscontrano lesioni più gravi nei lobi prefrontali, nella malattia di ALZHEIMER si ha una distribuzione del tutto inversa; molto più lesi cioè sono i lobi occipitali, parietale e temporale, il che sarebbe in stretto rapporto colla peculiare sindrome clinica: la cecità psichica, i disordini afasici

l'aprassia e tutti i sintomi a focolaio, che mancano nella demenza senile ordinaria.

In ciascuna circonvoluzione le lesioni variano di intensità da un punto all'altro: zone fortemente lese si alternano con altre che lo sono meno. Nel corno di Ammone ciò è costatabile assai agevolmente.

D'ordinario, dove la lesione non è estesa, è il 2° strato corticale il più leso: spesso però sono le cellule polimorfe profonde, immediatamente al disopra della sostanza bianca, quelle che ammalano le prime. Tra queste e quelle del 2° e 3° vi è lo strato delle grandi piramidali, che è quasi sempre integro.

II. Dove sono lesioni neurofibrillari si trovano anche placche senili: vi è un costante parallelismo fra i due ordini di reperti, per ciò che riguarda la loro sede e frequenza, il che, come in parte è stato già rilevato dagli osservatori precedenti, ha una importanza non lieve per la esatta interpretazione del duplice ordine di formazioni.

I reperti delle lesioni dell' apparato neurofibrillare possono dividersi in due gruppi:

a) Al primo gruppo appartiene una modalità di lesioni neurofibrillari, che abbiamo riscontrata nella quasi totalità del mantello cerebrale; frequentissima nel corno di Ammone e nell' ippocampo, nelle circonvoluzioni 1ª, 2ª e 3ª temporale, nel giro sopramarginale, nel giro angolare, è rara nelle circonvoluzioni frontali: manca nelle centrali. Colpisce a preferenza le piccole cellule piramidali. Al posto di una cellula nervosa si trovano formazioni, il più delle volte metacromaticamente colorate, a struttura fibrillare, che a volte riproducono esattamente la forma primitiva dell' elemento nervoso, a volte invece si dispongono così bizzarramente, che a stento si può ravvisare in esse l'insieme della cellula, di cui rappresentano i residui.

Quando l'antica forma della cellula è in parte conservata (vedi fig. 1.ª) si ha l'imagine di elementi profondamente atrofici, contorti, a prolungamenti tortuosi, mancanti di nucleo e di nucleolo, a struttura fibrillare molto più semplice di quella che si suole riscontrare nelle cellule normali, giacchè manca la rete e le fibrille addensate e tortuose dei prolungamenti, a livello del corpo cellulare, si risolvono in un largo intreccio di fili a decorso sinuoso, ondulato, con addensamenti marginali o mediani.

I filamenti singoli di tali grovigli non si differenziano dalle neu-

rofibrille normali che per il loro calibro alquanto più grosso e per la loro colorazione leggermente più bluastra.

Le piccole e le medie cellule piramidali (V. fig. 2.ª) appaiono con una struttura semplice quasi schematizzata: un prolungamento apicale corto, esile, a decorso tortuoso, costituito da poche fibrille ondulate, sinuose, due grossi fasci laterali, che limitano col fascio basale uno spazio triangolare, nel quale fascio basale si continua la maggior parte delle fibrille dei fasci laterali, leggermente incurvati.

Anche in queste formazioni le singole neurofibrille sono alquanto più bluastre, più facilmente analizzabili delle neurofibrille delle cellule sane.

Altre volte sono formazioni piriformi costituite da fasci di fibrille tortuose, addensate, talvolta spezzettate e più difficilmente analizzabili (V. fig. 3.ª).

Qualunque siasi però la forma del groviglio, i singoli fasci che lo costituiscono, mentre segnano i limiti dell'antico elemento, di cui rappresentano i soli residui, mostransi assolutamente indipendenti ed isolati dal tessuto circumambiente: sono sempre circondati da un ampio alone quasi incolore, che rappresenta una vera zona di rarefazione concentrica del tessuto. Nei preparati allestiti col metodo IV Donaggio, spingendo al massimo grado la differenziazione, sia prolungando un pò la immersione delle sezioni nell'acqua distillata, prima della colorazione, sia facendole passare per una miscela a parti uguali di alcool a 90° e di piridina, si può ottenere una colorazione così elettiva, che nel tessuto non sono visibili che le neurofibrille delle cellule sane o poco lese e le neurofibrille patologiche costituenti le formazioni a scheletro or ora descritte.

Coi metodi elettivi invece pel tessuto nevroglico (Weigert-Alzheimer), (contrariamente a quanto afferma il Simchowicz) pur essendo riusciti a mettere in rilievo una sensibile iperplasia della glia specie nel 1° e 2° strato corticale e nella sostanza bianca, anche nelle zone corticali, dove le formazioni a scheletro sono frequentissime, mai siamo riusciti a metter queste in evidenza.

I tre tipi fondamentali di scheletri ora ora descritti, pel progredire del processo dissolutivo, possono dar luogo alle più strane e bizzarre formazioni.

Dagli elementi piramidali, per usura di uno dei fasci laterali, si

possono avere bizzarre formazioni a punto interrogativo, ad ansa, a semiluna: per scomparsa del fascio basale, ed addossamento di quelli laterali si hanno formazioni coniche a pennacchio. Mentre però il processo dissolutivo progredisce e la forma delle cellule scompare, anche le neurofibrille vanno gradatamente perdendo tutti i loro caratteri morfologici, riducendosi ad un detrito informe, pallidamente colorato, nelle cui vicinanze immediate si notano elementi piccoli di glia, i quali possono dar luogo a false interpretazioni, quando non si sia ben seguita tutta la serie delle fasi regressive innanzi descritte.

b) Al secondo gruppo appartengono lesioni, che ricordano alquanto più da vicino quelle descritte da DONAGGIO negli animali sottoposti all'azione combinata del freddo e del digiuno, nella rabbia e recentemente nel cimurro nervoso.

Il migliore campo di osservazione di tali reperti è costituito dal corno di Ammone. Lo studio delle alterazioni cellulari di questa zona ci ha fornito preziosi elementi per la soluzione del dibattuto problema, della natura delle formazioni descritte da ALZHEIMER e delle placche di REDLICH - FISCHER.

Mentre qui non mancano, specie nel 2.° e 3.° strato corticale tutte le formazioni terminali del processo distruttivo cellulare descritte precedentemente, sono frequentissime ad osservarsi le lesioni iniziali.

Quando la cellula appare ancora nella sua totalità, pur presentando gravi alterazioni del nucleo, il quale trovasi spostato o verso uno dei lati o verso il prolungamento apicale, o verso la base, l'apparato neurofibrillare presenta segni manifesti di lesione.

I reperti, che brevemente descriveremo, mostrano con sufficiente chiarezza come questa si inizii.

Nelle fig. 4 e 5 sono raffigurate rispettivamente una piramidale grande del giro angolare, ed una piramidale del corno di Ammone.

Nella prima, a parte un modico spostamento del nucleo verso il margine sinistro e verso l'apice non si nota altro di patologico.

Le neurofibrille nei prolungamenti e nel corpo cellulare hanno un aspetto del tutto normale, e la rete endocellulare ha tutta la finezza e la complessità strutturale che il metodo IV DONAGGIO suole mettere in evidenza nelle cellule sane della corteccia cerebrale.

Nella cellula piramidale invece del corno di Ammone della fig. 5.ª in un punto limitato della rete endocellulare, dal lato opposto a quello

dove è spostato il nucleo, appare un grossolano intreccio di formazioni virgoliformi, che spiccano sul resto della delicata rete endocellulare oltre che per la grossolanità strutturale, per una colorazione metacromatica alquanto più bluastra. Tale reperto dimostra come i grossolani grovigli si iniziino come formazioni patologiche della rete neurofibrillare endocellulare, scoperta da Donaggio nelle cellule nervose.

Quando la cellula nervosa è in fase regressiva più avanzata (v. fig. 6.ª) (come lo dimostra la presenza di vacuoli, la rottura della vescicola nucleare, per cui il nucleolo appare libero ed eccentrico, verso uno dei margini della cellula), l'alterazione dell'apparato neurofibrillare è ancora più grave: nel prolungamento apicale della cellula si vede decorrere un grosso fascio compatto, tortuoso di neurofibrille addensate, il quale raggiungendo il corpo cellulare piglia una posizione marginale, espandendosi alquanto, per poi assottigliarsi nuovamente. Che si tratti di formazione endocellulare lo dimostra e la sua posizione centrale nel prolungamento e la presenza nell' interno della cellula, di blocchi, ammassi ovoidali, virgoliformi, i quali, mentre presentano le stesse proprietà tintoriali del fascio neurofibrillare laterale, per i rapporti di continuità colle zolle plasmatiche in via di disintegrazione, sono da ritenersi come prodotti di conglutinazione endocelullare.

Carattere comune di queste formazioni patologiche endocellulari, che debbono interpretarsi come prodotti di conglutinazione parziale neurofibrillare, e che si riscontrano con tanta frequenza nel corno di Ammone è la loro facile colorabilità e la resistenza alla più protratta differenziazione.

Nelle figure 7.ª, 8.ª e 9.ª mentre il resto dell' apparato neurofibrillare è poco appariscente sotto forma di neurofibrille gracili, nei prolungamenti, i grovigli endocellulari, disposti ora a ferro di cavallo (figura 7.ª) nella parte centrale della cellula, ed ora verso uno dei poli cellulari, sono intensamente colorati.

Se il processo dissolutivo cellulare progredisce e compaiono erosioni marginali e disgregazione maggiore delle zolle plasmatiche, dell' elemento non residuano che i grossolani e tortuosi grovigli, la cui esatta valutazione è solo possibile quando si sia seguita la loro evoluzione graduale nell' interno della cellula nervosa.

Alla conglutinazione neurofibrillare, che è il reperto più impor-

tante che il metodo IV DONAGGIO mette in rilievo nelle cellulle dell'intera corteccia cerebrale, e specialmente in quelle del corno di Ammone, è associato uno speciale processo di distruzione cellulare, che allo stato attuale delle nostre conoscenze, non trova riscontro in nessun' altra contingenza patologica spontanea, o sperimentalmente determinata. Numerosi elementi del corno di Ammone (vedi figura 10.ª) si presentano come cisti rigonfie omogeneamente ed intensamente colorate, come le formazioni virgoliformi del processo di conglutinazione neurofibrillare. Accanto però a cellule, così in blocco degenerate, se ne vedono altre ridotte a ciuffi, pennacchi (vedi figura 11.ª) di fasci fibrillari grossolani, che si differenziano dalle neurofibrille costituenti gli scheletri, oltre che per il calibro maggiore delle singole fibrille, per la loro disposizione ancora più irregolare.

Alcune volte la cellula invece di apparire come una cisti rigonfia a struttura omogenea, per la limitazione del processo morboso ai soli margini dell'elemento, questi sono occupati da zolle plasmatiche, che fanno ernia sovrapponendosi all'elemento cellulare, per cui ad un esame superficiale, possono ritenersi come formazioni extracellulari, indipendenti, decorrenti lungo i bordi cellulari.

Nei preparati allestiti col metodo BIELSCHOWSKY tali sempre le ritenemmo, e solo la accurata disamina dei preparati ottenuti col metodo IV DONAGGIO ci convinse che si trattava di formazioni patologiche intracellutari.

E molto probabilmente le bandelette bluastre osservate da SIMCHOWICZ attorno alle cellule piramidali del corno di Ammone, nei tagli colorati col metodo di MANN - ALZHEIMER, e quello di WEIGERT per la nevroglia, e che egli interpreta come fibrille extracellulari, portanti la degenerazione di ALZHEIMER, sono appunto le formazioni cui abbiamo ora accennato, malamente messe in evidenza con metodi non adatti.

Riassumendo, nella corteccia senile vi è un intensa distruzione cellulare e se i processi di fibrillolisi acquistano una speciale importanza per la spiegazione di quei reperti, che soglionsi ritenere tipici della senilità, non tutte le cellule cadono in necrosi e si dissolvono in tal modo.

Vi sono processi ancora più gravi, nei quali le lesioni neurofibrillari non sono affatto appariscenti e nei quali tutta la cellula in blocco o la massima parte di essa subisce un' alterazione morfologica

grave, indice di modificazioni profonde della sua costituzione chimica.

Dopo la disamina dei complicati processi di fibrillolisi, lo studio delle placche di REDLICH-FISCHER è reso alquanto più agevole.

Scoperte da BLOCQ e MARINESCO sin dal 1892, e solo nel 1898 descritte esaurientemente da REDLICH ed interpretate come una proliferazione particolare nevroglica, le placche senili, per quanto siano state oggetto di indagini particolareggiate da parte di non pochi osservatori, rimangono tuttora un reperto della senilità di dubbiosa interpretazione.

FISCHER in una serie di lavori tenta a farne un reperto patognomonico della "demenza presbiofrenica„ e ne descrive dettagliatamente le varie fasi di formazione, dalle piccole strutture stellate, situate in mezzo a tessuto ancora normale, sino alla fase di disintegrazione finale, e conclude che esse rappresentano un processo completamente nuovo per la istologia patologica del sistema nervoso: sono formate da conglomerati di filamenti sottili, costituiti da una massa estranea al sistema nervoso e che talvolta provocano una proliferazione di cilindrassi o fibrille nervose.

PERUSINI invece nega che le placche siano specifiche per la presbiofrenia e, circa il loro modo di formazione, ritiene che la prima fase del loro sviluppo consista in una condensazione del reticolo nevroglico protoplasmatico, nel quale si depositano dei prodotti anormali del ricambio, la cui natura è ancora sconosciuta: seguirebbe una proliferazione nevroglica secondaria con formazione di grandi cellule di glia e con fibre che incapsulano il focolaio. Egli quindi non condivide l'opinione del BONFIGLIO che le placche si iniziino colla morte di una cellula nervosa, che resta a costituirne la parte centrale.

Le reazioni microchimiche per determinare la vera natura di simili formazioni non dettero al PERUSINI che risultati incerti, per cui non può fare che semplici ipotesi.

SIMCHOWICZ opina che le placche, pur trovandosi nel cervello di senili normali, siano molto più frequenti nelle forme di demenza senile, specie nei lobi frontali.

Ritiene che in seguito alla distruzione del tessuto nervoso, si produce una condensazione del reticolo nevroglico ed in esso si depositano dei prodotti patologici del ricambio con la contemporanea com-

parsa di elementi fagocitari nevroglici, e modificazioni degenerative e proliferative dei cilindrassi vicini.

Alzheimer, che distingue nelle placche una porzione centrale (Kern) a struttura omogenea ed una periferica molto più complessa, ritiene la prima costituita da una sostanza organica che non può pel momento essere identificata, e la parte periferica dovuta alla reazione del tessuto circostante.

Sala richiama l'attenzione sulle modificazioni regressive dei cilindrassi delle cellule nervose e ne rileva lo stretto rapporto collo sviluppo delle placche, che così si inizierebbero colla comparsa di formazioni degenerative nervose.

Marinesco pensa che le placche si formino colla precipitazione di elementi chimici nel tessuto corticale in seguito ad un disturbo nell'equilibrio colloidale, consecutivo ad un'alterazione del metabolismo o della disassimilazione. Le sostanze precipitate si disporrebbero sotto forma di bastoncini od elementi ammassati, aggrovigliati tra loro o più o meno liberi.

Circa la natura della sostanza precipitata, escludendo le cristalline e le cristalloidi, potrebbe con probabilità trattarsi di lipoidi appartenenti al gruppo dei mono-amino-fosfatidi, e degli amino-lipoidi.

Il metodo IV Donaggio elettivo per le strutture nervose ci pare porti sufficiente luce sulla vera natura di tali formazioni.

Due ordini di reperti sono da prendersi in considerazione:

a) Quando le placche raggiungono una media grandezza, risultano essenzialmente di un tessuto areolare di filamenti ora sottili ora addensati in fasci irregolari, che rappresentano i detriti di tutte le strutture neurofibrillari patologiche in via di avanzato disfacimento e che limitano spazi irregolari dove sono annidate formazioni di varia natura: a volte cellule nervose in massa atrofiche, presentanti la caratteristica colorazione metacromatica bluastra, a volte detriti di cellule, zolle informi metacromaticamente colorate: rigonfiamenti fusoidi, claviformi di fibre nervose: elementi rotondeggianti a struttura nucleare e di natura nevroglica, accumuli di pigmento.

La placca così indubbiamente appare nel suo insieme come una zona di distruzione del tessuto nervoso, e di accumulo di detriti prevalentemente di strutture nervose.

b) Quando la placca è in via di formazione, in un grande nu-

mero di casi (Bonfiglio) si può costatare che essa si inizia da una cellula nervosa caduta in disfacimento: essa appare come una formazione ovoidale o rotondeggiante centralmente costituita da una zolla plasmatica a struttura omogenea, pallidamente colorata in bluastro, e portante nei margini fenditure, crepacci, indizii del progressivo suo disfacimento. Che si tratti veramente di una cellula in fase di avanzata disintegrazione lo si desume dallo esame del tessuto limitrofo alla placca, dove è agevole riscontrare non poche cellule nervose, che presentano tutta una serie graduale di lesioni della stessa natura.

Se però numerosi sono i reperti che inducono a ritenere come la placca si inizii da una cellula nervosa in via di grave processo disintegrativo, ne occorrono però altri, quantunque più rari, di formazioni sferiche a struttura raggiata, di varia dimensione, che interrompono la continuità del tessuto nervoso, e segnano anch'esse l' inizio di una placca di Redlich - Fischer.

Dette formazioni sono alle volte piccolissime; e non hanno affatto l'aspetto di strutture in via di disintegrazione, mancano i crepacci nel contorno, il quale appare invece regolarmente sferico e ricco di fili esilissimi come ciglia di epitelio vibratile. Per tutto questo insieme di caratteri debbono ritenersi come formazioni estranee alle cellule nervose.

Esse però sono sempre circondate da una zona più o meno grande di rarefazione, che le isola del tutto dal tessuto nervoso circostante, per cui non ci pare esatto quanto affermano quegli autori, i quali dicono che esse talora si trovano in mezzo a tessuto del tutto normale.

Se ci pare dubbiosa ancora la provenienza di dette formazioni stellate, un fatto importante con sicurezza ci è stato dato di osservare: e cioè la sostanza che le costituisce centralmente presenta lo stesso aspetto omogeneo e le stesse reazioni tintoriali delle cellule nervose alterate a protoplasma omogeneo, metacromaticamente colorato in bluastro.

Integrando, di conseguenza, le recenti vedute del Perusini, di Alzheimer, di Marinesco coi risultati delle nostre ricerche, siamo indotti a ritenere che nella senilità fisiologica e patologica, per alterato metabolismo si ha nelle cellule nervose ed anche fuori di queste, nel tessuto, la comparsa di una sostanza che segna col suo apparire l'inizio di una placca, inducendo nelle cellule modificazioni regressive rapide, che menano fatalmente alla morte dell'elemento, e determinando colla precipitazione nel tessuto, fuori degli elementi nervosi e nevro-

glici, focolai miliari di necrosi, che vanno gradatamente assumendo proporzioni maggiori, dando luogo a lacune, a vere zone di disintegrazione del tessuto nervoso.

CONCLUDENDO:

In due soggetti senili (65 e 70 anni) si riscontrà una grave forma demenziale con sintomi di lesioni a focolaio, analoghi a quelli descritti da ALZHEIMER nelle speciali forme di demenza pre-senile.

All'esame anatomo-patologico non si riscontra che atrofia globale del mantello o di singoli lobi senza lesioni a focolaio, e l'esame istopatologico rivela la presenza di numerose placche senili di REDLICH-FISCHER e di gravi ed estese lesioni cellulari del tipo di ALZHEIMER.

Le une e le altre sono abbondantissime nel corno di Ammone, nell'ippocampo, nel lobo temporale: meno abbondanti nel giro marginale, in quello angolare, nei lobi frontali: scarsissime nelle circonvoluzioni centrali.

La peculiare distribuzione delle alterazioni probabilmente può darci ragione dei sintomi a focolaio, ed in prima linea dei disturbi del linguaggio.

Le lesioni cellulari descritte da ALZHEIMER nel 1906, presentantisi sotto forma di anse, cestelli, grovigli più o meno complicati di fibrille sono da ritenersi come una lesione dell'apparato neurofibrillare endocellulare.

Il metodo IV DONAGGIO, specifico per le strutture nervose, viene a risolvere l'annosa quistione della vera natura degli scheletri, escludendo qualsiasi partecipazione del tessuto nevroglico o di quello nutritizio, e mettendo in rilievo che la lesione cellulare si inizia nell'apparato reticolare interno dell'elemento, sotto forma di conglutinazione dapprima parziale, e poscia totale della rete neurofibrillare.

Se il processo di conglutinazione neurofibrillare ha una capitale importanza per la genesi delle lesioni cellulari, che si ritengono caratteristiche della senilità, non mancano altri processi disintegrativi, come la degenerazione granulo vacuolare, descritta da SIMCHOVICZ, ed una speciale forma di degenerazione cistica delle cellule, riscontrata da noi frequentissima nel corno di Ammone, insieme ad altri processi disintegrativi globali dell'elemento, i quali assumono una speciale impor-

tanza per gli stretti rapporti, che rivelano esservi tra la lisi cellulare e la comparsa delle placche di Redlich - Fischer.

Queste sono da considerarsi come centri di distruzione del tessuto nervoso e come zone di accumulo di detriti di strutture prevalentemente nervose. Si iniziano ora colla morte di una cellula, ora colla precipitazione nel tessuto di una speciale sostanza, che depositandosi, assume struttura raggiata.

Una profonda alterazione del metabolismo deve essere la causa e di detta precipitazione, e dell'alterato chimismo delle cellule nervose, che cadono rapidamente in necrosi. Le zolle residuali di queste ultime assumono la stessa colorazione metacromatica delle formazioni stellate, che segnano l'inizio delle placche di Redlich - Fischer.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Tutti i reperti sono stati ottenuti col metodo IV **Donaggio per le** neurofibrille.

Figura 1.ª — Osserv. 2.ª Cellula piramidale del corno di Ammone. (Zeiss. Immers. 1. 5 Apert. 1. 30. Oc. 3. Tubo Allungato).
Scheletro di cellula nervosa.

Figura 2.ª Cellula piramidale media del girus temporalis superior di sinistra. Osserv. 1.ª
(Zeiss. Immers. 1. 5 Apert. 1. 30 Oc. 3. Tubo Allungato.)
Scheletro di cellula nervosa.

Figura 3.ª Corteccia cerebrale. 2.ª Temp. sinistra. Osserv. 1.ª
(Semi apocr. immers. koristka $\frac{1''}{15}$ ocul. comp. 12. Lungh. del tubo 16 (camera lucida Abbe - Apathy) Scheletro di cellula piramidale grande.

Figura 4.ª Cellula piramidale grande del giro angolare Osserv. 1.ª
(Zeiss. Immers. 1. 5 Apert. 1. 30. Oc. 4 Compens. Tubo allung. 16)
Reticolo neurofibrillare integro.

Figura 5.ª Corno di Ammone : cellula piramidale. Osserv. 2.ª
(Camera lucida Abbe. Apathy. Semiapocr. immers Koristka $\frac{1''}{15}$ Oc. comp. 8 Lunghezza del tubo 16).
Parziale conglutinazione neurofibrillare sotto forma di groviglio limitato ad un punto della rete endocellulare.

Figura 6.ª Corno di Ammone : Osserv. 2.ª Cellula piramidale.
(Zeiss. Imm. 1. 5 Apert. 1. 30 Oc. 3 Tubo allungato).
Fascio di neurofibrille conglutinate, e conglutinazione delle neurofibrille del reticolo sotto forma di blocchi, ammassi ovoidali, virgoliformi, in posizione marginale.

Figura 7.ª Corno di Ammone. Osserv. 2.ª Cellula piramidale. (Zeiss. Immers. 1. 5 Apert. 1. 30. Oc. 3. Tubo allungato) Groviglio intracellulare neurofibrillare.

Figura 8.ª Corno di Ammone. Cellula piramidale. Osserv. 2.ª (Zeiss. Immers. 1. 5. Apert. 1. 30. Oc. 3. Tubo allungato.) Conglutinazione neurofibrillare centrale perinucleare.

Figura 9.ª Corno di Ammone. Osserv. 2.ª (Zeiss. Immers. 1. 5. Apert. 1. 30. Oc. 3. tubo allung.) Conglutinazione neurofibrillare, formante un groviglio intracellulare.

Figura 10.ª Corno di Ammone. Osserv. 2.ª (Zeiss. Imm. 1.5 Apert. 1. 30. Oc. 3. Tubo Allungato.) Rigonfiamento cistico della cellula, con colorazione diffusa metacromatica.

Figura 11.ª Corno di Ammone. Osserv. 2.ª (Zeiss. Immers. 1. 5. Apert. 1.30. Oc. 3. Tubo Allung.) Conglutinazione neurofibrillare totale sotto forma di fasci irregolari longitudinali **in fase regressiva avanzata.**

Il Manicomio. Anno XXVIII N.° 2-3

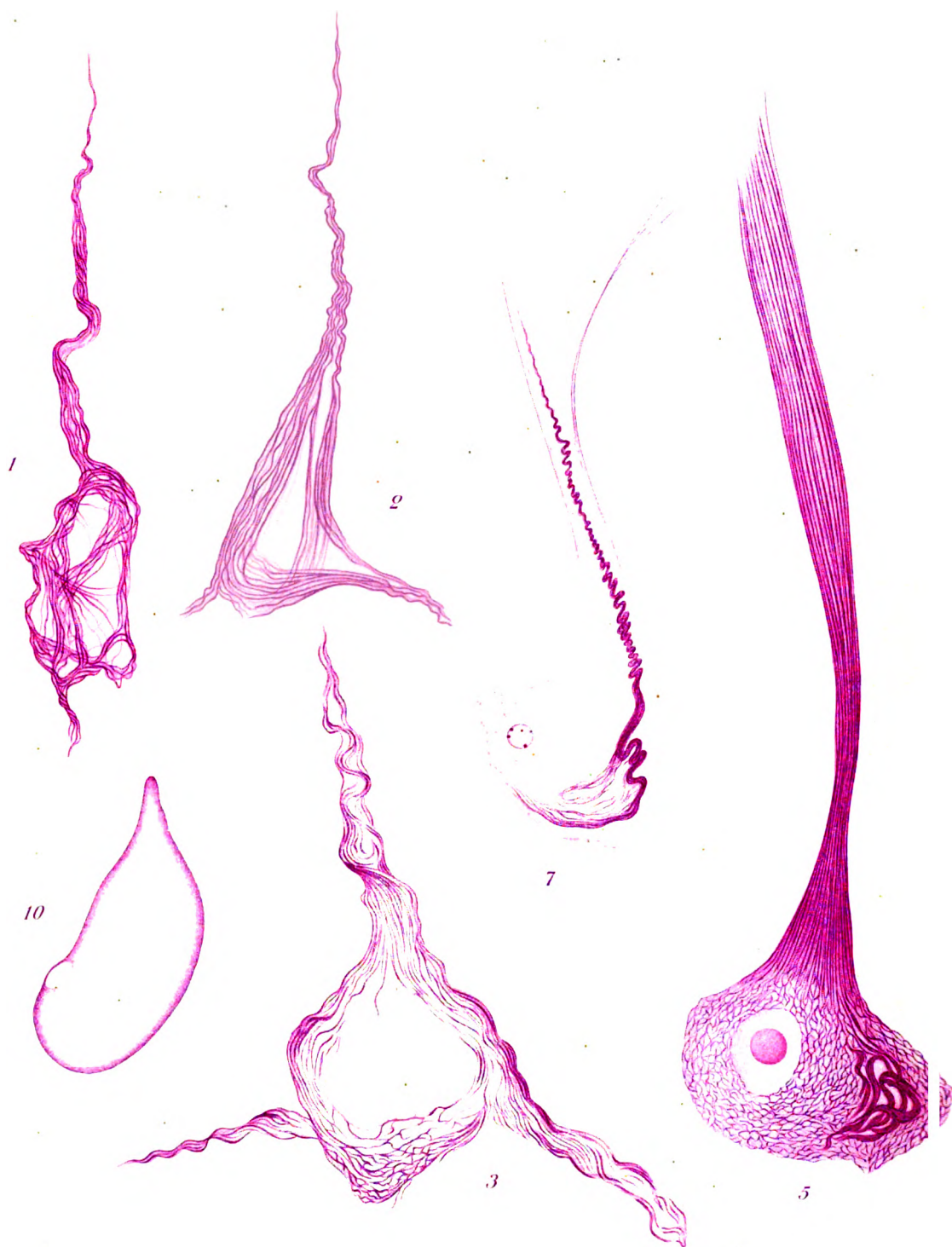
1

2

7

10

3

5

G. Ansalone — *Contributo alla istologia patologica delle demenze senili atipiche.*

9

8

4

6

11

Firenze Lit. A. Ruffoni, Piazza S. Croce 20

RIVISTA

Briand — LA PREMIÈRE VICTIME DES BOMBES ASPHIXYANTES *(Societé clin. de med. ment. 21. 4. 13. R. d. Psych. p. 106 1913).*

L'A. dopo aver fatto osservare che " vittima ,, è un'espressione un poco esagerata, e che invece di " *bombe asfissianti* ,, si dovrebbe dir meglio " *proiettili soffocanti* ,, , presenta un malato pericoloso la cui cattura è stata resa facilissima per mezzo di questi ordegni.

In questa presentazione, fatta sopratutto a scopo di documentazione, il collega dell'Astanteria Parigina riferisce le condizioni nelle quali il malato, in preda ad un delirio allucinatorio intensissimo, tirò per molte ore dei colpi di revolver sulle persone che lo avvicinavano.

Il lancio del liquido soffocante provocò immediatamente una lagrimazione intensa, che obbligò il malato a tenere gli occhi chiusi, ed uno scolo nasale poco abbondante: egli provò una tale sensazione di soffocamento che non ebbe che un solo desiderio: dirigersi ad una finestra per respirare. In pochi secondi l'aria del luogo dove si era barricato col revolver alla mano era divenuta soffocante ed irrespirabile.

L'esame degli occhi fatto dal dottor CANTONNET fu perfettamente negativo: non si osservò alcuna lesione bronchitica, nemmeno lieve nè la minima irritazione della mucosa nasale. Se tale è sempre l'effetto dei proiettili, qualificati troppo generosamente per " bombe asfissianti ,, gli alienati pericolosi non avranno, dopo guariti, che a lodarsi di un procedimento di cattura del tutto inoffensivo, che ha per iscopo di metterli nell'impossibilità di compiere un atto pericoloso. Da oggi in poi non si avrà più bisogno — come alcune volte è succeduto — di tirare sopra un alienato per impadronirsene.

Levi Bianchini

Ferrari — LA COLONISATION LIBRE DES ANORMAUX DU CARACTÈRE. *(Congresso intern. di Gand 1913 — Encéphale p. 393 2.° s. 1913).*

Fra i deficienti, sono in genere i giovani anormali del carattere i più difficili a trattare. Anzitutto non è facile riconoscerli: abbastanza spesso qualche lato brillante della loro intelligenza sembra giustificare una buona

parte delle loro imprese: poi è indispensabile di allontanarli il più presto ed il più lungo tempo possibile dal loro ambiente famigliare: infine è sempre molto difficile di raggrupparli, e, in ogni caso conviene applicare loro un trattamento individuale.

Con la collaborazione della signorina Gabriella Francia l'A. ha organizzato nel 1910 la colonia libera di questi anormali. La colonia è situata in una grande villa, con un piccolo parco, un giardino ed un orto sulla sponda di un fiume. I ragazzi mantengono la villa, fanno il pane, la cucina, lavano la biancheria, fanno le spese nel villaggio vicino. Sono aiutati da 4 malati adulti, aventi attitudini professionali speciali per educare i ragazzi al lavoro, o la forza fisica di cui i ragazzi non possono disporre. Si è presentata la cosa ai ragazzi come un grande favore, come delle vacanze durante le quali essi sarebbero liberi di fare tutto ciò che non nuocesse alla libertà degli altri. I ragazzi sceglievano liberamente e spontaneamente il loro lavoro, e ciò permise delle osservazioni di grande valore. I veri criminali avevano una tendenza spiccata alla pigrizia ed all' indisciplinatezza. Si è favorita la loro dispersione e si sono osservati i sentimenti speciali che si potevano rilegare a qualcuna delle occupazioni troppo numerose che riempivano la loro giornata. Il lavoro aveva un vero valore terapeutico. L' insegnamento morale derivava naturalmente, giorno per giorno, dalle commissioni o dagli incarichi di fiducia che si confidavano ai ragazzi, per mettere alla prova la forza di inibizione che poco a poco essi guadagnavano sui loro impulsi.

Questo metodo di educazione morale, fondato sul principio di far acquistare ai ragazzi una condotta morale all' infuori di ogni imposizione apparente, ha dato degli effetti costanti che si mantengono, nella maggior parte degli allievi, già da tre anni.

I risultati tanto soddisfacenti che si sono ottenuti, sono dovuti a varie cause. Agendo sulla subcoscienza dei ragazzi, si va alla sorgente della loro individualità: lusingando apparentemente le loro tendenze criminali individuali col dar soddisfazione ad alcuna delle impulsioni morali che erano quasi parenti di queste tendenze stesse, e spostando gradualmente il focolaio della loro vanità verso azioni morali capaci di suscitare la loro auto-ammirazione, si dà a questi ragazzi la coscienza di uno sforzo, che procura loro infinite soddisfazioni: da ultimo con l'educazione della loro affettività, — fatta all' infuori di qualsiasi preoccupazione per il loro stato intellettuale — si ottengono dei progressi reali e costanti precisamente nel dominio stesso dell' intelligenza.

Il miglioramento è stato più rapido ed intenso nei ragazzi: nelle ragazze è stato più lento, ma forse più esteso e completo.

In certi casi rari, invece di miglioramento si ebbe un aggravamento repentino di tutte le anomalie del carattere, che disparve quasi sempre in pochi giorni: permase solo in 3 soggetti; in uno di questi si arrivò allo scopo solo dopo tre anni, al quinto tentativo di colonizzazione.

Queste colonie non possono ricevere tutto d'un colpo, senza pericoli, un gran numero di ragazzi. Bisogna conoscere intimamente, prima, i ragazzi che debbono costituire il nucleo della colonia: solo più tardi, gli elementi che vengono ulteriormente spediti, non richiedono una conoscenza altrettanto profonda.

(Auguriamoci che la geniale iniziativa del nostro Ferrari trovi rapidamente numerosi imitatori).

Levi Bianchini

Courbon — Démence précoce et psycose maniaque - dépressive. (*Encèphale p. 194. 1.° semestre 1913*).

La demenza non è nè una mania cronica, nè una melanconia cronica, nè una confusione cronica nè un delirio cronico: è la *demenza* cioè una entità cronica ben distinta. Come tale perciò essa può esistere contemporaneamente alla psicosi maniaco - depressiva.

L'A. porta il contributo di un caso clinico. Un ragazzo, portatore di costituzione ciclotimica, viene colpito, all'età di 15 a. da demenza precoce. Oggi, dopo un anno, si notano segni evidenti sì dell' una che dell' altra forma, facilmente isolabili: quantunque, naturalmente, le due affezioni si siano reciprocamente influenzate nel loro aspetto clinico.

Questo caso, e le riflessioni che esso suggerisce, portano un contributo allo studio delle *psicosi associate*, inaugurato da Masselon, Anglade, Regis, Soum, Lawrence. Del resto una simile coincidenza sembra accettata anche da Bleuler, citato da Trenel, là dove dice che: esistono delle catatonie a forma periodica, che sono forse dei casi combinati di schizofrenia e psicosi maniaco - depressiva.

Levi Bianchini

Kahn et Gallais — Tuberculose et démence précoce (*Soc. de Psych. 18 - 4 - 13 — Encèphale p. 482 2.° sem. 1913*).

Giovane di 19 anni: un perverso istintivo, guarito di una peritonite tubercolare, che dopo una pleurite siero - fibrinosa presentò una demenza

precoce catatonico - paranoide. Si tratta insomma di una psicosi demenziale di origine nettamente tubercolare, svoltasi sopra il cervello tarato di un perverso istintivo.

Le condizioni necessarie all' evoluzione di una demenza precoce appariscono qui con il rigore di uno schema: terreno predisposto, età di elezione, infezione tubercolare che precedette nettamente lo scoppio dei primi disturbi mentali, la cui comparsa coincide con la rapida guarigione di una localizzazione peritoneale. Sembra che l' infezione, respinta da questa sierosa, si sia diffusa più in alto ed abbia invaso la pleura e l'encefalo: da un lato forse per affinità microbica, dall'altro per la minore resistenza.

Levi Bianchini

Ballet. — La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité (*Encèphale p. 501. 1° s. 1913*).

L'A. insiste nell' individualizzazione (o per meglio dire nella riesumazione) di questa entità clinica che corrisponde alla demenza paranoide e che, secondo B. è caratterizzata *dalla disgregazione iniziale e persistente della personalità*. Nega ancora, come entità autonoma, l'allucinosi (frenosi sensoria), nella quale, contrariamente alla psicosi allucinatoria cronica, le allucinazioni non vengono interpretate.

Levi Bianchini

Bernheim — Des hallucinations physiologiques et pathologiques. (*Encèphale p. 509. 1° s. 1913*).

Noi siamo tutti allucinabili ed allucinati durante una gran parte della nostra esistenza; l'allucinabilità normale è una funzione fisiologica o psicologica del nostro cervello nel quale ogni idea evocata o accettata tende a tradursi in atto (legge dell' *idiodinamismo*) sotto il suo costante controllo.

Tutto ciò invece che attenua questo controllo (cause morbose) aumenta l'automatismo cerebrale, vale a dire l' intensità delle rappresentazioni mentali spontanee e la loro trasformazione in atti o in imagini.

Infine, in determinate circostanze, il controllo non è nemmeno *primitivamente* soppresso; non c' è né sonno, nè distrazione, nè sogno, nè fantasticheria. È l' idea stessa che diventa tanto potente, che s' impone con tanta violenza, da prendere immediatamente possesso del cervello, sopprimere il controllo e diventare imagine. Non è, in questo caso, la soppres-

sione del controllo, in quanto fenomeno primitivo, che determina l' idea allucinatoria; ma è l' intensità suggestiva dell' idea stessa che determina *secondariamente* la soppressione del controllo e lo rende impotente (allucinazioni sperimentali).

Si può dire in generale che ogni atto che rinforza un' idea implicante un' imagine sensoriale da un lato, e tutto ciò che attenua il controllo cerebrale dall'altro, è suscettibile di esaltare la nostra allucinabilità fisiologica: *questa allucinabilità, trasformazione dell' idea in uso, è una proprietà normale del cervello umano.*

Ciò che caratterizza queste allucinazioni fisiologiche o quasi, è che esse sono puramente dinamiche: senza lesione nè tossina: sono delle psiconevrosi; sono transitorie come dei sogni: l'equilibrio psichico, un istante turbato, si ristabilisce spontaneamente.

Le allucinazioni patologiche invece, non sono puramente dinamiche: o per lo meno il dinamismo che le produce è legato ad una lesione organica o tossica del cervello; perciò sono subordinate all'evoluzione morbosa e stanno all'allucinazione fisiologica come il delirio sta al sogno. Le cause da cui dipendono sono tutte le malattie organiche del cervello, le varie intossicazioni cerebrali, shoks emotivi; tutte in genere le malattie mentali.

Queste le idee di Bernheim, parallele a quelle sull' isterismo: secondo l'A. infatti ogni individuo normale sarebbe un poco isterico. Ora che il terreno vitale dei fenomeni patologici sia lo stesso dei normali, è elementare: perchè sì gli uni che gli altri si svolgono nel nostro organismo e nelle nostre funzioni: ma che il meccanismo sia lo stesso, con la sola varietà di grado e di intensità, sembra una spiegazione un po' troppo spiccia, se pure nel fondo appena accettabile.

Levi Bianchini

Ballet et Mallet — Hallucinations et dissociation de la personnalité. (*Encèphale p. 1. — 2° sem. 1913*).

L'allucinazione, qualunque essa sia, non è che l'espressione di uno stato di dissociazione della personalità: esiste nell'allucinazione una specie di fenditura nel campo della coscienza per cui gli elementi, (idee ed imagini) respinti nel subcosciente, sfuggono al controllo della coscienza. Questa disgregazione della personalità, che rappresenta in qualche modo l'abbozzo di ciò che si osserva negli stati secondi dell'epilessia e dell' ipnotismo, può essere il risultato di una intossicazione o di una infezione, ed allora la sua durata è condizionata ad esse: oppure insorge spontaneamente e si installa

in maniera definitiva, ed è il caso della psicosi allucinatoria cronica. Se quindi c' è differenza nel modo di origine, non esiste alcuna differenza fra l'allucinazione del malato intossicato e quella del non intossicato.

L'una e l'altra sono il risultato di uno stato di dissociazione transitorio o durevole della personalità, ed i caratteri dell' allucinazione dipendono sopratutto dalla conservazione più o meno completa della coscienza e dell' intelligenza, dal modo con cui questa reagisce nel tempo e nello spazio: secondariamente da fattori svariati, psichici, organici od altro.

Il valore prognostico dell'allucinazione, nullo nei casi di intossicazione od infezione, perchè legato alla natura ed al grado di intensità loro, è considerevole negli altri casi (psicosi allucinatoria); perchè in questi l'allucinazione testifica un'alterazione profonda nel meccanismo del pensiero che, nella psicosi allucinatoria cronica, a differenza della psicosi interpretativa cronica (?) ammette la possibilità di un'evoluzione verso la demenza.

Levi Bianchini

Dupouy et Le Savoureux — Un cas de délire spirite et théosophique chez une cartomancière (*Soc. de Psych. 19. 6. 13. — Encéphale p. 63. 2° s. 1913*).

Interessante caso di delirio di spiritismo e di teosofia in una negromante, forse demente paranoide.

Levi Bianchini

Roubinovitch — Délire interprétatif de persécution chez un enfant de neuf ans, débile intellectuel, hermaphrodite incomplet et insuffisant glandulaire (*ibid. p. 71*).

Caso molto interessante: perchè è un vero delirio in un ragazzo di 9 anni, tardivo costituzionale, ermafrodito, a tipo ipotiro - orchideo, che presenta da molti mesi un delirio persecutivo - ragionante, sistematizzato alla maniera infantile: interpretativo, senz' allucinazioni; accompagnato da reazioni violente contro il persecutore designato (un compagno di nome Roberto).

Levi Bianchini

Lagriffe — LES TROUBLES DU MOUVEMENT DANS LA DÉMEMCE PRÉCOCE. (*Encèphale p. 156 2° sem. 1913*).

Rapporto al Congresso degli alienisti francesi a Le Puy (23ª sessione, 1913).

L'A. conclude che le grandi sindromi motrici della demenza precoce si possono, in definitivo, ridurre a due grandi categorie:

1. Catatonia: a) rigida, negativismo: b) flaccida, suggestibilità e catalessia.

2. Stereotipie dei gesti: non sono patognomoniche, ma comuni a molte altre forme morbose. I disturbi motori non sono di origine muscolare, ma psichica.

Segue un'attiva discussione cui prendono parte HESNARD, DIDE, RÉGIS.

Levi Bianchini

Paillet et Morel — LA PARANOIA D'INVOLUTION — (*Encèphale p. 182, 2° s. 1913*).

Gli Aa. fanno conoscere le idee di KLEIST (rapporto al Congresso tedesco di Psichiatria 1912) basato su 10 casi. Il KLEIST mette in evidenza la costituzione ipoparanoica sulla quale si sviluppa la paranoia involutiva. Questa costituzione si manifesta con un certo grado di diffidenza, con accessi di collera, stima esagerata verso sè stessi, preoccupazioni sessuali.

Su questo fondo paranoico si vedono nascere delle idee e delle interpretazioni deliranti di pregiudizio e di grandezza, che finiscono per coordinarsi in un sistema che non si dissocierà più. Le interpretazioni deliranti hanno una parte assai importante. KLEIST accorda pure un valore assai notevole ai disturbi percettivi: illusioni ed allucinazioni, sarebbe anzi questo l'elemento differenziale più importante presentato dalla paranoia involutiva di fronte al delirio d' interpretazione (forma tardiva) di SÈRIEUX e CAPGRAS. Alla lettura dei casi clinici, le allucinazioni appariscono abbastanza rare.

Lo stato intellettuale è di involuzione. È uno stato improduttivo col carattere comune ai senili: dalla verbosità povera ed uniforme, dalla perseverazione legata ad una certa fuga di idee: dall'amore al dettaglio. Le reazioni sono diverse, ma in generale domina la depressione. Non esistono nè disturbi del linguaggio nè neologismi.

La paranoia involutiva si differenzia dalla demenza senile, dalla arte-

riosclerosi, dal delirio di pregiudizio presenile di KRAEPELIN. Gli Aa. ritengono ancora che deve essere distinta dalla psicosi sistematizzata progressiva e dalla psicosi allucinatoria cronica: e che, d'altra parte, paranoia involutiva e delirio di interpretazione (varietà tardiva) sono una sola e identica psicosi.

Levi Bianchini

Jacquin — LE SIGNE DE LA POIGNÈE DE MAIN DANS LA DÈMENCE PRÉCOCE. (*Encèphale p. 183 2.° semestre 1913*).

Col nome di *segno del pugno* l'A. riunisce tutte le reazioni motrici e psicomotrici che si osservano nelle mani dei dementi precoci invitati a chiudere il pugno: mano negativista (passiva ed opposizionista): mano suggestibile (docile e perseveratrice): mano manierata, stereotipata: queste reazioni più o meno legate alla catatonia si manifestano sia isolatamente, sia più spesso asssociate fra di loro in combinazioni diverse: ma che, sempre, conferiscono al pugno di questi malati una caratteristica particolare.

Questo segno si osserva in tutti i periodi e varietà della dem. prec.: sopratutto nelle forme ebefreno - catatoniche; sarebbe precoce, e perciò utile alla diagnosi. Permette infine di constatare altri sintomi importanti della mano, come iperidrosi palmare, cianosi, raffreddamento, pseudoedemi ecc.

Levi Bianchini

Malfilatre et Piquemal. — LE DÈLIRE D'UN PERSÈCUTÈ PERSÈCUTEUR (*Encèphale p. 328 2° semestre 1913*).

Caso tipico di un delirio misto imaginativo e interpretativo in un perseguitato - persecutore; ma niente affatto, per quanto sembri, allucinatorio. L'A. si associa all' idea di DUPRÈ che afferma la stretta parentela dei deliri di interpretazione, imaginazione ed allucinatorio cronico. Ciascuno di essi è una modalità di una psicosi più generale, sola clinicamente, autonoma. Ciò che è fondamentale, dice DUPRÈ, è la tendenza paranoica che si svolge secondo uno dei tre meccanismi: interpretativo, allucinatorio, delirante, e l'assenza di indebolimento mentale.

Data la grande confusione che esiste ancora in materia, forse è meglio

di tutto, nel classificare questi delirî, di attenersi al loro contenuto, sul quale tutto il mondo conviene senza discussione.

(Certo: ma andando innanzi di questo passo, rimarremo sempre allo stesso punto).

Levi Bianchini

Levy - Valensi et Genil Perrin — CUTIRÉACTION À LA TUBERCOLINE CHEZ CINQUANTE - SEPT ALIÉNÉES (*Soc. de Psychol. 16. 6. 13. — Encèphale pag. 80, n.° 7, 1913.*)

Cutireazione alla tubercolina (per scarificazione) su tutte le 57 malate del padiglione FERRUS. La TR è stata negativa in 12 casi, positiva in 43, dubbia in 2: positiva in 6 alcooliste su 6: in 15 dementi precoci su 19: in 6 paralitiche generali su 6. Quando gli Aa. vollero confrontare i risultati della cutireazione con quelli dell'ascoltazione, urtarono contro difficoltà insormontabili perchè la fina ascoltazione è impossibile nelle alienate che respirano male o non si prestano all'esame.

Ma sulle 57 malate, 4 erano tubercolose conclamate: òrbene 2 diedero TR +; 2 altre, cavitarie avanzate, la diedero negativa.

Ciò dimostra dunque come sia illusorio voler trarre delle conclusioni da ricerche di simile natura.

Levi Bianchini

Dominici, Marchand, Chéron et Petit — LA RADIUMTHÉRAPIE DES AFFECTIONS MENTALES AIGÜES — (*Encèphale pag. 279 n.° 9, 1913*).

Il bromuro di radio è iniettato in soluzione isotonica o in siero di cavallo reso radioattivo. È il radio che agisce, non il siero: ed è a sperare che si potrà sopprimere l' intermediario cavallo.

Gli Aa. hanno trattato 20 psicosi acute con 14 guarigioni, (otto melanconie ansiose, otto confusioni mentali, tre ossessivi, un paralitico generale). — Nota preventiva. —

Levi Bianchini.

Donath — LE NUCLÉINATE DE SOUDE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE (*Encéphale p. 280, n.° 9, 1913*).

L'A. tratta la demenza precoce col nucleinato di soda partendo dagli stessi principî in base ai quali trattò la paralisi generale col nucleinato stesso. In entrambe esistono dei prodotti ricambiali tossici che devono venir distrutti da un'ossidazione elevata. Infatti nella demenza precoce si osservano degli stati di confusione mentale analoga a quella delle psicosi tossi-infettive a origine conclamata: si osserva pure un torpore simile a quello del mixedema tireo-tossico. Di più si trovano dei fermenti decompositori (protettivi — Abbaufermente) isolati da FAUSER secondo il metodo di ABDERHALDEN: ed è nota l'influenza favorevole del tifo e dei processi suppurativi sul decorso della demenza precoce e della demenza paralitica.

Gli insuccessi di LEPINE e ITTEN si spiegano con le dosi troppo piccole adoperate da questi Aa. DONATH fin dal 1907 usa dosi separate di nucleinato di soda da 0,5 - 5 grammi in soluzione al 10 o/o; fa da 8 - 12 iniezioni in 5 giorni. Su 14 casi, 3 guarirono, 5 migliorarono (dei quali 2 fino a riprendere le loro occupazioni); 3 migliorarono ma poi ricaddero, 3 non furono modificati. Il totale dei migliorati e guariti è del 57 o|o. L'A. dice che non si deve lasciare mai intentata la cura in ogni caso di demenza precoce.

Levi Bianchini

Klippel, Weil, Lévy — LA REACTION D'ACTIVATION DU VENIN DE COBRA DANS LES MALADIES MENTALES. (*Soc. med. psychol. 31. 3. 13.* — *Revue de Psychiatrie p. 163, 1913*).

Data, dicono gli Aa., l'estrema ricchezza del nevrasse in grassi fosforati, noi ci siamo domandati se gli umori dei soggetti affetti da malattie mentali non ne fossero particolarmente ricchi; e se tale fatto potesse venir rivelato dalla reazione di attivazione del veleno di cobra.

A tal uopo gli Aa. hanno eseguito una serie di ricerche della lecitina con la reazione anzidetta, sul sangue e sul liquido c. r. di malati colpiti da affezioni mentali diverse: osservarono che mentre il siero dei paralitici generali e dei dementi precoci possiede, in regola generale, il potere di attivare il veleno di cobra, i malati colpiti da psicosi a forma depressiva si distinguono per la rarità di questo potere del loro siero, e per la debolezza della reazione, quando esiste. Il siero di codesti malati non

riattiva il cobraveleno niente di più di quanto lo riattivino il siero di individui normali o colpiti da affezioni generiche di medicina interna.

Nella maggior parte degli stati mentali diversi dai citati, il siero dei malati è capace di attivare il cobraveleno in proporzioni variabili: così, senza poter giungere a conclusioni formali, basta rilevare la costanza e l'intensità della reazione positiva nei *maniaci* e negli *alcoolisti colpiti* da *polinevrite con sindrome di Korsakow*, come si rileva nel seguente quadro:

Demenza senile	1	caso	+
» sifilitica	1	»	+
» »	1	»	+
Debilità mentale	1	»	+ +
Paranoia	1	»	+
	1	»	—
	1	»	+ + +
	1	»	+ +
Polinevrite alcoolica e Korsakow	1	»	+ + +
	1	»	+ + +
	1	»	+ +
Degenerato eccitato maniaco	1	»	—
Mania	1	»	+ + +
	1	»	+ +
	1	»	+ +
	1	»	+ + +
	1	»	+ + +

Riassumendo, e in tesi generale, il siero di psicopatici presenta quasi costantemente il potere di attivazione del cobraveleno, salvo tre condizioni:

1. Se un lasso di tempo troppo considerevole è passato fra la presa del sangue e l'esame: si tratta allora di errore di tecnica.

2. Se il malato è colpito da una psicosi a forma depressiva: si tratta qui di una particolarità che potrebbe avere un gran valore dal punto di vista della diagnosi.

3. Se, almeno per i paralitici ed i dementi precoci, l'affezione è giunta ad uno stadio molto avanzato di evoluzione. In questo caso la reazione negativa, se confermata, potrebbe avere un notevole valore prognostico.

È nei dementi precoci che la reazione è più fortemente e più intensamente positiva. Mentre che nella tubercolosi polmonare (in cui la reazione è così frequente che secondo CALMETTE, MASSOL e BRETON potrebbe avere un alto valore prognostico) il potere attivante del siero sul cobraveleno è solo del 76 o|o nel 1. stadio, 57 o|o nel secondo, 70 o|o nel terzo, nella demenza precoce gli Aa. hanno ottenuto la reazione in quasi 95 casi su 100, ed intensa nel 52 o|o.

Essi ritengono perciò che in un malato, la cui diagnosi oscilla tra demenza precoce e sindrome depressiva, la reazione d'attivazione merita di essere ricercata: se è intensa, parla a favore dell'ebefrenia: se manca, è una presunzione ancora più forte in favore di una sindrome melanconica.

Infine, dal punto di vista fisiopatologico e teorico, lo studio del potere attivante del siero di psicopatici sul cobraveleno è interessantissimo. L'estrema frequenza di reazioni positive dimostra in realtà la ricchezza del loro siero in grassi fosforati, la cui origine risiede probabilmente nella disintegrazione nervosa: ed è ancora interessantissimo il fatto che questo potere di riattivazione *manca* nel liquido cerebrospinale dei malati (paralitici generali).

Levi Bianchini

Derrien, **Euzière**, **Roger** — LES DISSOCIATIONS ALBUMINO - CYTOLOGIQUES DU LIQUIDE CÉPHALO - RACHIDIEN. DISSOCIATION PAR HYPERALBUMINOSE. DISSOCIATION PAR HYPERCITOSE — (*Encéphale n.° 10, pag. 308, 1913*).

Nell' immensa maggioranza dei casi, le modificazioni patologiche del liquido cefalo - rachidiano sono rivelate con uguale certezza sia dal dosaggio dell'albumina, che dalla ricerca degli elementi figurati: si può perciò scegliere indifferentemente l'uno o l'altro dei detti procedimenti.

Ma se la concordanza dei risultati offerti dai due metodi costituisce il fatto più comune, essa non è però assoluta e può anche mancare. Si realizza in tal caso la sindrome della *dissociazione albumino - citologica*.

Questa sindrome può presentare due modalità: nella prima si ha aumento dell'albumina e poco o nulla di elementi figurati: *dissociazione per iperalbuminosi*: nella seconda la quantità di albumina è normale mentre la reazione citologica è molto netta; *dissociazione per ipercitosi*.

La prima di queste modalità, bene studiata da SICARD, FOIX, ANGISTROU porta alle seguenti conclusioni: che se iperalbuminosi e ipercitosi combinate sono il segno di una reazione delle meningi molli, l'iperalbuminosi sola, senza aumento degli elementi figurati è il segno di una compressione nervosa extrameningea (tumore, emorragia cerebrale ecc.)

La seconda modalità fu studiata dagli Aa. in due individui giovani, uno epilettico, l'altro sifilitico, e li conduce alle seguenti conclusioni:

" Esiste un tipo di dissociazione albumino - citologica da ipercitosi, che si può osservare in due circostanze cliniche differenti e derivare da due processi patogenetici distinti:

a) Esso traduce talvolta un' intossicazione meningea fugace e brusca. In questo caso la reazione citologica è di preferenza composta da *polinucleari intatti*.

b) In altri casi è il reliquato di un attacco meningitico antico o latente, più spesso di natura sifilitica, e la formola citologica è allora prevalentemente *linfocitaria*.

Levi Bianchini

Juquelier et Fillassier — LE MARIAGE ET LA VIE CONJUGALE DE MILLE ALIÉNÉS PARISIENS (*Revue de Psychiatrie p. 77. 1913*).

Gli Aa. studiano lo stato civile di 1000 alienati uomini. I punti più interessanti del lavoro sono i seguenti:

Gli alienati uomini ammogliati rappresentano un terzo circa degli ammessi uomini: i 1000 casi studiati vennero infatti raccolti in un periodo di tempo in cui le ammissioni totali furono 3105.

Età del matrimonio. Mentre l'annuario statistico di Parigi per il 1910 indica che per gli uomini il maximum di matrimoni cade fra il 25° - 29° anno di età; nei malati studiati questo periodo è un pò più precoce: 23 - 27. Le annate di età che si lasciano a gran distanza le altre, sono la 24.ª con 116 matrimoni; la 25.ª con 124.

I matrimoni senili sono pochi: 16 su 1000, fra il 51.° - 64.° anno di età. I matrimoni precoci invece, numerosi: 35 su 1000 prima del 20.° anno: in deficienti e squilibrati che vi si risolvono per il loro abituale difetto di riflessione.

La proporzione dei paralitici generali sugli alienati coniugali è considerevole: 296 su 1000 cioè il 30 o|o: mentre la media percentuale generale dei paralitici sugli ammessi uomini totali è solo del 16 o|o.

Lo stesso dicasi per l'alcoolismo: 46 °|o di uomini coniugati contro

39 o|o del contingente globale. In altre parole se su 100 uomini coniugati o no, ammessi in manicomio, ci sono 16 paralitici generali e 39 alcoolisti; su 100 uomini coniugati ammessi ci sono 29 par. gen. e 41 alcoolisti.

Il numero degli ammessi per demenza organica o senile è lo stesso nei due gruppi (14 o|o): gli stati vesanici propriamente detti infatti provocano nell' uomo il 31 o|o della cifra totale degl' internamenti e solo il 16 o|o negli uomini ammogliati.

Queste cifre non hanno nulla di assoluto: ma il distacco che esse dimostrano viene in appoggio all' opinione che se il disequilibrio mentale è la causa di alcune unioni precoci deplorevoli; in generale allontana dal matrimonio. La forte proporzione di paralitici generali e di alcoolisti, cioè di malati che abitualmente sono colpiti in età adulta, dimostra il perchè della rarità degl' internamenti prima del matrimonio. Infatti solo 13 individui (3 alcoolisti, 2 maniaci, 8 squilibrati o deficienti) erano stati internati prima del matrimonio.

Ma se è raro di osservare degli internamenti prima del matrimonio, è invece frequente il caso in cui l' internamento dopo il matrimonio è precoce, ed è precisamente il primo anno di matrimonio uno di quelli nei quali il numero di internati è maggiore. Ciò dipende dal fatto che certi matrimonî sono decisi e contratti proprio sotto l' influenza di una psicopatia iniziale o latente. Altro fatto: negli anni di maggiori ammissioni, è pure maggiore il numero dei casi di paralisi progressiva e di alcoolismo.

Su mille matrimonî, 268 furono sterili. Per gli altri 732 vi furono 2378 gravidanze di cui 284 finite in aborto o parto prematuro: 48 nati morti: 563 figli nati vivi e vitali sono, al momento di questo studio, pure morti: cioè un totale di 895 morti su 2378. In totale, la mortatità nella discendenza di questi 1000 alienati parigini fu del 37, 64 °|o.

Indipendentemente da aborti e nati morti, la mortalità infantile propriamente detta è considerevole: perchè 186 bambini sono morti in tenera età e per malattia non designata; 120 di meningite, 45 di convulsioni.

Le famiglie più colpite sono in genere quelle degli alcoolisti e paralitici, nelle quali la mortalità infantile arriva al 49 °|o; infatti 138 alcoolisti ebbero 594 figli di cui 293 morti in tenera età: 66 paralitici ne ebbero 210 e rispettivamente 103.

Levi Bianchini

Duprè — LES FAUX POLICIERS MYTHOMANES — (*Encèphale p. 601, 1.° semestre 1913*).

L' A. riassume le caratteristiche di tre falsi poliziotti mitomani: tre individui che si sono intitolati agenti di pubblica sicurezza e che, dopo perizia, furono dichiarati irresponsabili. Si tratta di deboli mentali che erano ossessionati dall' idea di fare la polizia: fabulatori nei quali si ritrovano tutti i caratteri della mitomania delirante e la tendenza patologica a dissimulare e a mentire. Creduli e ingannatori, hanno la mania dei falsi titoli. La loro debilità mentale si rivela nelle parole e negli scritti. Essi uniformano anzi i loro atti ai loro scritti e finiscono per credere all'autenticità di ciò che dicono. Il loro entourage arreca ogni giorno alimento alla loro credulità ed alle loro tendenze fabulatrici, e fornisce loro inesauribili temi deliranti. L'A. insiste sulla pericolosità, per questi mitomani, della lettura dei romanzi alla NICK CARTER.

Levi Bianchini

Hesnard — L' ASSISTANCE PSYCKIATRIQUE DANS LA MARINE FRANCAISE. (*Encèphale p. 178 2° semestre 1913*).

L'assistenza psichiatrica organizzata da CHÉRON (circolare 23 dicembre 1909) è applicata da 3 anni. Due servizi i di osservazione neuropsichiatrica funzionano attualmente a Tolone e a Rochefort. Le statistiche di Tolone danno 401 casi di malattie nervose e psichiche: fra le quali si osservano: nevropatie a crisi convulsive, piccoli degenerati, alcoolisti, sifilitici, paralitici generali, sindromi psicopatiche per la maggior parte curabili: dementi precoci di cui alcuni a forme semplici, simulatori. Sono per la maggior parte malati da manicomio.

Levi Bianchini

Charon et Courbon — ANORMALITÈ PSYCHIQUE ET RESPONSABILITÈ RÉLATIVE — (*Encèphale p. 315 2° semestre 1913*).

Le parole giudiziarie *responsabilità ed irresponsabilità* corrispondono alle locuzioni psichiatriche di *capacità di determinazione e incapacità di determinazione:* o, in linguaggio corrente, *validità mentale e invalidità mentale*. Accettate queste definizioni, è chiaro che solo il psichiatra può dichiarare se, in presenza di un fatto concreto, l' individuo è o no responsabile, è o no valido mentalmente. A questo si limita la sua competenza: nè egli è tenuto a pronunziarsi sul grado di aggravamento od attenuazione della responsabilità stessa, che è di ordine extramedico.

Il compito del medico non è di prender parte alle discussioni teoriche sulla responsabilità, nè al dibattito da cui sgorgano le sanzioni che si riferiscono ad essa: ma di portare una spiegazione pratica dei fatti a proposito dei quali vien posta la questione della responsabilità: di dichiarare insomma se l' autore dell' atto incriminato è o no alienato, era o non era alienato in quel dato momento. E ciò l 'alienista lo può dire nell' immensa maggioranza dei casi: poichè se vi sono divergenze sulla diagnosi clinica, non ci può esser dubbio nel riconoscere i sintomi e le sindromi della psicopatia in genere. Così se per alcuni un alienato è demente precoce, per altri confuso, per altri ancora delirante sistematizzato, tutti saranno d' accordo nel ritenere alienato un individuo in preda ad allucinazioni delle quali gli manchi totalmente la coscienza del loro carattere subbiettivo. L' importante per il giudice è di sapere che ha da fare con un malato: poco gl' importa il nome della malattia.

La constatazione di una sindrome mentale nettamente definita è dunque, per il medico, l' indicazione sufficiente e necessaria per dichiarare l' incapacità di determinazione, cioè l' irresponsabilità dal punto di vista legale. Ma per essere immune da una sindrome mentale, un individuo non è ancora necessariamente dotato di una costituzione psichica immune ed armonicamente sviluppata: donde la necessità di considerare, fra gli *alienati* ed *i normali* una categoria intermediaria, quella degli *anormali psichici*. E poichè la questione della responsabilità viene posta quasi sempre in occasione di un atto antisociale, è il grado di *sociabilità*, determinata dalla *quantità*, *qualità*, ed *equilibrio* delle facoltà psichiche, che deve servire di

misura per ripartire gli individui in una o nell'altra di queste tre categorie.

La *normalità* è dunque l'attitudine alla vita sociale: la *morbosità* è l' inattitudine alla vita sociale: *l'anormalità* è l'attitudine più o meno completa, ma non morbosa (?) alla vita sociale. Tutte e tre, come si è detto, esigono particolari condizioni positive o negative di *quantità, qualità, equilibrio del psichismo.* Descritte, per ogni tipo sopra esposto, le varie condizioni qualitative, quantitative e di equilibrio, gli Aa. di questo interessante e giudizioso articolo, sussidiato da alcuni esempi pratici, vengono alle seguenti conclusioni:

1. Fra gli individui psichicamente normali ed i psicopatici alienati, si devono riconoscere non dei semi - folli, ma degli *anormali psichici.*

2. Considerati dal punto di vista medico - legale, gli anormali psichici dispongono di una capacità di determinazione *relativa che è limitata a certi atti e non attenuata per tutti gli altri.*

3. Appartiene solo al psichiatria di dire, in occasione di un atto passibile di sanzione penale, se il suo autore, al momento dell'esecuzione era: a) *psichicamente normale*, cioè *responsabile;* b) *psichicamente ammalato*, cioè alienato, sprovvisto della capacità di determinazione cioè, *irresponsabile;* c) *psichicamente anormale* cioè provvisto di una *capacità di determinazione relativa limitata a certi atti*, cioè responsabile od irresponsabile, secondo il valore e le circostanze dell'atto considerato, da una parte; e dall'altra secondo il grado e la forma della sua anormalità psichica.

Levi Bianchini

Charpentier — Aliénation mentale et criminalité. (*Encéphale p. 341 I° semestre 1913*).

È un'accurata statistica medico - legale delle infrazioni alle leggi (contravvenzioni, crimini, delitti) che determinarono l' internamento di alienati nel dipartimento della Senna nel quinquennio 1905 - 09. Risulta da questa che su 19648 internati, ve ne furono 801 ricoverati per infrazione alle leggi, sia dopo perizia che dopo condanna. I capi d' imputazione furono: fabbrica e spendita di monete false 1 caso: ribellione, oltraggio e violenze contro l'autorità e forza pubblica 60, deturpamento di monumenti 8, usurpazione di titoli o funzioni 2; vagabondaggio 341, contravvenzioni ferroviarie 11, omicidio volontario 40, minaccie di morte 11, ferite e colpi violenti 93, attentati al buon costume 48, furto 194, truffa 24, incendio volontario 8, violazione di domicilio 21, ecc. Dopo uno studio sui rapporti fra

la natura della psicosi e il titolo e la frequenza dell' infrazione, l' A. conclude che le sindromi morbose nelle quali le reazioni medico - legali più frequentemente furono osservate sono: alcoolismo (41, 8 °|o dei casi); stati demenziali (18,19 °|o) e fra questi in primo luogo la paralisi generale: stati di degenerazione e debilità mentale (13, 9 °|o); deliri persecutivi (19,39 °|o); stati maniaco - melanconici (4, 5 °|o), epilessia (3, 72 °|o), imbecillità (3, 05 °|o).

Levi Bianchini

Couchoud — Les maladies mentales aux Indes (*Soc. de Psychol. 20. 3. 13. — Encèphale p. 383 1° s. 1913*).

Nel loro insieme le malattie mentali riproducono alle Indie i tratti che esse hanno in Europa: è sopratutto notevole il fatto con quanta precisione il quadro clinico della demenza precoce degli indiani coincida con quello degli Europei.

L'alcoolismo è raro: il cannabismo invece è quasi il suo sostituto. La forma acuta si distingue per le sue reazioni criminali: la forma cronica si trova nel 30 - 40 °|o degli alienati. Una particolare sindrome è quella che in malese è detta " fare *amok* ,, cioè precipitarsi massacrando uomini e distruggendo cose; forma che non risparmia nemmeno i soldati inglesi. Può dipendere sia da raptus melanconico, che delirante, che postepilettico, quanto da un' intossicazione di canape.

Altra forma che l' Evens (direttore del manicomio di Lahore) ritiene particolare all' India è quella che impropriamente chiama *melanconia cronica*; la quale sembra uno stato confusionale guaribile bruscamente dopo 1 ½ - 2 anni, con completa amnesia del periodo morboso.

Sono frequenti le psicosi da esaurimento dovuto al paludismo ed alla fame: la paralisi generale e la tabe sono sconosciute, come in Cina: (mentre esisterebbero nell' Indocina, Giappone, Canton) : pur esistendo la sifilide.

Tutto sommato, salvo l'alcoolismo e la paralisi generale, il fondo dei malati di un manicomio indiano somiglia a quello di un manicomio europeo, con la sola differenza che gl' internati sono quasi tutti alienati criminali.

(Il testo completo di questa relazione, dove si trovano interessanti indicazioni bibliografiche sulla pazzia in Asia, è pubblicato dalla " Revue des sciences psychologiques ,, — jamvier - mars 1913).

Levi Bianchini

La festa del Manicomio Interprovinciale per la posa della prima pietra alla costruzione dei nuovi padiglioni.

Il 10 Marzo u. s., con una simpatica cerimonia augurale, è stata posta la prima pietra alle nuove costruzioni per l'ampliamento e sistemazione edilizia del nostro Manicomio.

Da circa 12 anni pendeva su tale ampliamento una acuta vertenza, dapprima giudiziaria ed in seguito amministrativa, fra i Sig.ri Concessionarî dello Asilo e le Provincie consorziate, per cui, aspettando la risoluzione dello annoso dibattito, i lavori non sono stati iniziati, ed, al continuo aumento della famiglia alienata, si è dovuto provvedere col successivo impianto di ben cinque succursali.

Ora finalmente, dopo regolare compromesso fra le parti, si è iniziata l'attuazione del grande progetto di ampliamento dei locali del Monteoliveto, con notevoli miglioramenti ulteriormente apportati ai varî padiglioni, e con l'acquisto di un'altra vasta area di suolo, la quale permetterà di dare alle costruzioni disseminate una dislocazione ed assetto più rispondente ai moderni precetti della tecnica manicomiale e della ingegneria sanitaria.

È stato giusto pertanto che, i Concessionarî e la Direzione medica abbiano voluto dare alla festa, che prelude alla trasformazione edilizia dello Asilo, una intonazione ufficiale e solenne.

Intervennero infatti tutti i componenti l'Assemblea del Consorzio fra le sei provincie, con il venerando ed illustre

Presidente comm: Avv. A. De Leo; il Prefetto di Salerno rappresentato dal Medico Provinciale cav. Scalfati; tutte le autorità cittadine col Sindaco cav. Astuti; il giovane ed intelligente Vescovo della Diocesi Monsignor Romeo; un elegante stuolo di signore e d'invitati, nonchè una variopinta e plaudente ondata di popolo, che salutava anche essa con entusiasmo meridionale l'avvenimento sacro alla carità ed alla sventura.

Sopra un palco imbandierato, a fianco alle fondazioni del primo padiglione, si son riuniti gli invitati, nel mentre il popolo numeroso si sparpagliava per gli ameni giardini circostanti, sugli alberi, da per tutto, in modo da offrire al quadro uno sfondo pieno di vita e di gaiezza.

Dopo la rituale benedizione, monsignor Romeo, sacerdote colto e di vedute moderne, ha pronunziato con facile e forbito eloquio, un breve discorso, pieno di cordialità e di fede nei futuri destini dello Asilo.

Dissero poscia applauditi discorsi, il Presidente Comm: De Leo, il Direttore del Manicomio Prof.r Domenico Ventra ed infine il progettista Ing.re Francesco Ferraioli, che noi integralmente riprodurremo.

Signori!

Anch'io, quantunque travagliato da lungo morbo, risento lo spirito pronto nella carne inferma, in questa celebrazione di sí bella festa della Carità civile, volta a ravvivare con la fiamma dell'amore quelli, per cui è spento il raggio del pensiero.

Ora tale celebrazione è tanto più solenne, per quanto

essa raccoglie all' ombra del vessillo, su cui è scritto *« Charitas urget, »* non l' opera solo dei pochi eletti accesi dal fuoco ardente dell' amore altruistico, ma il consenso puranco di tutti i Rappresentanti di ben sei Provincie; e non pur la rigorosa osservanza dei patti legali, imposti dal primo Statuto, ma altresì l' amorosa provvidenza per tutti quei miglioramenti, suggeriti dal progredir della scienza e richiesti dalle esigenze della Civiltà.

E geniale fu l' idea e patriottica l' opera, — or volge proprio un trentennio, auspice un uomo di genio, ch' alla Patria votò prima il fiore dell' eroica giovanezza e poi il frutto della titanica maturità — di far sorgere in questa cittadina, che fu nella storia millenaria la rocca del Paganesimo, un' istituzione cristiana, nella quale si riaffratellassero in una missione benefica sei Provincie, spezzate dianzi in altrettanti confini, ma sempre unite nella religione dei ricordi e nella comunione degl' ideali.

Superfluo sarebbe il rifar qui tutta la storia gloriosa del sorgere e del progredire di quest' Opera pia, che da oltre un quarto di secolo, come asse alla ruota, s' impernia e si svolge nella fulgida orbita di questa città, che ben può ora annoverarsi tra le più civili delle mediterranee di questa più umile parte d' Italia, che quasi sempre ha dovuto ritrovare in se stessa l' energia per l' esplicamento delle molteplici attività nel campo delle opere del senno e della mano. Come lungo sarebbe rievocar l' altra dolorosa storia delle varie vicende e delle inevitabili difficoltà, che, al par d' ogni altra opera umana, si frapposero all' incremento di questo grande Istituto.

Questa duplice storia è scritta, più che negli annali pubblici della Regione consorziata, negli animi di quanti — ET INFINITUS EST NUMERUS — ebbero a risentirne gl' inesti-

mabili vantaggi pel lenimento della massima sventura, che possa toccare ad un uomo, la perdita del ben dell' intelletto!

Quindi a me oggi, nella solenne cerimonia della posa della prima pietra dei nuovi edifici, non incombe altro più gradito dovere che questo: di porgere il saluto augurale ai degni Rappresentanti delle Provincie sorelle, ai quali tanta consuetudine di propositi e di studii mi unirono da molti anni, e che mi toccò la fortuna d' averli preziosi collaboratori nel Consiglio d'Amministrazione; non men che il deferente saluto agl' illustri patroni dei benemeriti Concessionari, un Giorgio Arcoleo, per cui NULLUM PAR ELOGIUM, riunente in una perfetta armonia pitagorica la più sublime versatilità dell' intelletto, con la più amabile bontà del cuore, ed un Ascanio Minervini, braccio destro d' un tal gigante, nella più saggia e vigile consulenza legale, contemperata dalla maggiore condiscendenza possibile nei rapporti quotidiani tra gli Enti tutorî ed i Concessionari stessi; ed un saluto affettuoso ancora a questi ultimi, che hanno avuto il merito di accondiscendere a troncar ogni ulteriore indugio pel completamento finale della bella e grand'opera, meta ultima delle aspirazioni umanitarie del pio fondatore il compianto Dottor FEDERICO RICCO.

E parimenti doveroso mi è il render grazie alle autorità religiose e civili, qui convenute ad allietar di loro ambita presenza la memorabile festa, l' Ecc.mo Vescovo della Diocesi, succeduto da poco a ricolmare il gran vuoto lasciato dall' angelico Predecessore, e il Rappresentante del Governo, che non può disinteressarsi dei problemi più vitali per lo sviluppo di un' istituzione sì indispensabile e provvida, come questa, che concerne la cura della più nobile facoltà per cui l' uomo può solo dirsi degno di tal nome.

Ed uno speciale saluto mi erompe, ancora dall' anima,

compresa dalla maggiore ammirazione per l' infaticabile e benemerito Corpo sanitario, con a capo quel luminare della Psichiatria, che è Domenico Ventra, per cui un tanto Istituto, oltre la pagina aurea stampata nella storia della Carità, ne ha impressa un' altra in quella della Scienza, la quale, se nel Medio Evo dalla città madre, Salerno, con la cattedra celeberrima di Medicina, potè diffondere lume in tutto il mondo, oggi da questa figliuola prediletta altro lume irradia, proprio a beneficio di quelli che son d'ogni luce muti.

Ed un altro saluto, infine, vada a colui, che ha dato vita e consistenza al gran disegno, traducendolo in atto col genio dell' Arte sua — l' insigne Ing. Francesco Ferraioli — per virtù del quale ora rechiamo il primo sasso a quell' edificio, che già risplendeva nella sua mente, attraverso tutte le difficoltà economiche e tecniche, facendolo ora ben degno dell' elogio biblico: FECIT OMNIA CUM NUMERO, PONDERE ET MENSURA !

SIGNORI !

I nostri gloriosi padri romani, di cui ogni giorno andiamo scovrendo l' ardimentose tracce sulla quarta sponda, riconquistata all' Italia dall' eroismo dei non degeneri figli, segnarono le loro vie con le pietre miliari, fin là dove dal mitico eroe fu scritto: NON PLUS ULTRA.

Ma la pietra augurale, che con la santità della Religione e con tanto sentimento d' amor di Patria, consacriamo all' incremento di un' opera così alta e pietosa, starà salda nel tempo, AERE PERENNIUS, sulla via, che non conosce confini, quella della Scienza e quella della Carità, sulla via di sempre più luminosi progressi civili!

A. DE LEO

Gentili Signore, Onorevoli Signori,

Il Manicomio Interprovinciale V. E. II. segnerà la data di oggi nella pagina d'oro della sua storia, come l'alba foriera del suo rinascimento edilizio.

E con senso gentile di opportunità, la Concessione ha voluto, che la posa della prima pietra per le nuove costruzioni, fosse resa solenne dallo intervento dell'Ill^{mo} Sig. Prefetto, degli onorevoli Rappresentanti delle sei Provincie consorti col venerando Presidente, dell'eccellentissimo Presule della Diocesi, del Sindaco della Città, e delle altre autorità qui convenute, cui sento il bisogno di esprimere le maggiori azioni di grazie, anche a nome dello egregio rappresentante la Concessione Cav. Gerardo di Giura e distinta consorte Sig.^{ra} Alba, e della gentile Sig.^{na} Silvia Ricco-Nicotera.

In questa meriggia parte d'Italia, ove l'afflato del progresso e della civiltà è rimasto sempre tepido e scialbo fra le fosche brume, che ingombrarono la coscienza collettiva — triste retaggio di lunga compressione tirannica e deformante, che non ancora può dirsi equamente curata dal libero regime della nuova Italia; — fra noi, ripeto, anche l'assistenza degli alienati, che è fra i doveri più saldi e nobili di un popolo civile, è rimasta grama ed inevoluta, e tuttora rimane di molto inferiore a quanto si è fatto e si fa progressivamente nelle altre regioni d'Italia.

Quando tutto l'antico reame delle Due Sicilie non aveva, che solo il vetusto Manicomio Aversano e l'altro di Palermo, per ricoverare alla men peggio la minima parte dei suoi folli, nella plaga alta di Italia molte provincie,

Milano, Torino, Firenze, Genova, Venezia, Bologna, Imola, erano fornite ognuna del proprio Asilo, e qualcuna di esse, come quelle di Pavia e Reggio Emilia, vantavano già Istituti celebrati per la tecnica edilizia e per la moderna organizzazione scientifica.

E tale sperequazione, deplorata nel primo periodo del nostro risorgimento, perdura proporzionatamente anche oggidí, in cui ogni provincia della media ed alta Italia ha il suo bel manicomio di nuova costruzione, anzi Roma, Genova, Torino, Bologna possiedono due o tre grandi Asili, che hanno ingoiato molti milioni a quelle benemerite Amministrazioni; mentre il meridione peninsulare fino al lontano Abruzzo, non ha che i tre grandi manicomî di Napoli, Nocera ed Aversa, e quelli di piccola mole appartenenti alle provincie di Lecce, Catanzaro, Aquila e Teramo. Per la intera Sicilia sopperisce il mastodontico Asilo di Palermo e due privati Sanatorî, che ospitano anche un piccolo numero di malati poveri delle provincie di Messina e Catania.

E questa, o Signori, è manifestazione di decisa inferiorità economica e morale, nella quale le nostre regioni, riscaldate dal più radioso sole d' Italia e fecondate dal pensiero e dal sangue dei migliori figli della patria, tuttora ingiustamente si dibattono. Né bisogna farsi illusioni che quaggiù i folli siano meno numerosi che altrove.

Il Manicomio non crea i pazzi; con i suoi censimenti dà la misura crescente del numero di essi, che sarebbe davvero paurosa se dovesse ritenersi in senso assoluto. Non è esatto, come abitualmente si ripete, che il maestoso incedere del progresso umano lasci sulla luminosa scia del suo passaggio un numero sempre crescente di folli e di degenerati, che rappresentano l' esercito dei vinti nella lotta per la vita. Non può certo negarsi che in parte ciò avvenga; ma

il maggior contingente a questo fenomeno allarmante è dato da altre cause.

La sensibilità sociale oggi più squisita e raffinata non tollera come pel passato, che i poveri folli rimangano abbandonati al ludibrio della folla, e risente in alto grado il grave pericolo e l' offesa agli umani sensi di pietà, che da tale abbandono ne deriva. D'altro canto le Amministrazioni provinciali avvertono anche esse i bisogni nuovi e debbono in conseguenza provvedere, nella misura delle proprie forze economiche e qualche volta anche al di là di esse, alla spedalizzazione della pazzia. Aggiungete che, i sistemi di libertà, di benessere e di lavoro, quale supremo mezzo curativo, adottati oggidì in tutti i manicomî, han fatto dileguare dal popolo quel ricordo di terrore e di repulsione, di cui prima questi Asili erano circondati; e sempre con maggior fiducia si accorre a chiedere alla pietà ed alla scienza l' assistenza e la cura redentrice.

È così che i folli aumentano, non perchè si impazzisca nella proporzione di questa montante marea dei tempi moderni; ma perchè il migliorato livello morale ed intellettuale della società, rende possibile la ospedalizzazione di molti alienati, che in altri tempi rimanevano presso le famiglie nel più deplorevole abbandono.

Pertanto, allorchè nel 1883 presso noi non esisteva che il Manicomio di Aversa e da poco tempo il Sales di Napoli, la fondazione del Manicomio Interprovinciale di Nocera, che sgravava quello di Aversa di ben sei province, è stata salutata come segnacolo di grande progresso in questo ramo della pubblica assistenza.

Si deve alla vigorosa, tenace, geniale iniziativa di Federico Ricco, se questo grande Istituto è sorto, attraverso difficoltà, che sembravano insuperabili, e con una ristrettezza

di mezzi, i quali onorano l'uomo che fortemente volle, e mettono in luce smagliante la fede e l'operosità fattiva dello apostolo.

E in quell'epoca il nostro Manicomio, il quale sorgeva sopra vecchi locali abbastanza bene adattati ed ampliati, non era inferiore ai suoi vicini, quantunque portasse con sè il grave difetto di origine del tipo a caserma, senza quell'abbondanza di suolo libero, che avrebbe dovuto servire per le successive sue espansioni edilizie, e per i bisogni moderni della tecnica manicomiale.

E questa è stata la vera causa dei disagi e dei disappunti, che l'Asilo ha dovuto subire durante la sua non breve vita, nonostante le ingenti somme che per l'allogamento del crescente numero dei folli interprovinciali, sono state profuse dai Signori Concessionarî, con due grandi padiglioni costruiti accanto al vecchio fabbricato di Monteoliveto; e poi, durante le annose vertenze giudiziarie ed amministrative fra Concessione e Provincie, con la erezione successiva di ben sette succursali. Alcune di queste sono davvero belle, ampie ed igieniche, ma sempre economicamente disastrose, e di difficile governo, per la impossibilità di poter collegare l'azione direttiva in senso largo e costante, come richiedesi in simili Istituti.

Ed ora finalmente, mercè la buona volontà di tutti ed il fatale maturarsi degli eventi, questa Istituzione, lasciando indietro un passato di sterili lotte e di perigliose vicende, guarda serena l'avvenire radioso, che s'inizia sotto l'alta savia guida degl' illustri rappresentanti delle Provincie consorti, e mediante l'azione diretta, attiva ed amorosa dei Signori Concessionarî; i quali, se debbono affrontare senza dubbio un ingente onere finanziario, in compenso legheranno il loro nome onorato ad una grande opera sacra alla Scienza

ed alla Carità, e degna delle nobili Provincie, nel cui interesse essa si compie.

Il progetto di ampliamento e di sistemazione del Monteoliveto è lavoro geniale del chiarissimo Ingegnere Francesco Ferraioli, il quale, dedicatosi da anni a questo ramo ormai molto evoluto della ingegneria Sanitaria, ha trasfuso ad esso, con intelletto d'amore, tutta la sua anima di diligente professionista e la colorita tavolozza dell'arte sua.

Il primitivo progetto, si è andato man mano modificando e migliorando per l'autorevole consiglio di arbitri illustri, di Commissioni di vigilanza, e durante le lunghe e provvide discussioni del Consiglio Amministrativo; ed ha ottenuto lodi ed incoraggiamenti da Congressi freniatrici e da illustrazioni della Psichiatria italiana.

Con le costruzioni che oggi s'iniziano il Manicomio subirà una radicale trasformazione edilizia, ed, a lavoro compiuto, diventerà un Asilo *a villaggio*, tipo prescelto sopratutto dai manicomii tedeschi, in cui però i padiglioni non saranno piazzati a grandi distanze per maggior comodità dei servizii generali.

Oltre al fabbricato centrale antico, si avranno dodici padiglioni sparsi con criterî rispondenti alla moderna tecnica manicomiale, in mezzo ai ridenti e verdi giardini, che si estendono per parecchi ettari verso il lato orientale dell'edificio. Ogni padiglione, inondato d'aria e di luce, e messo a distanza variabile dagli altri, avrà la sagoma e la distribuzione adatta allo scopo cui sarà adibito. Nella zona mediana sorgeranno i locali riserbati ai servizî generali (ufficî, guardaroba, cucina, ecc.). Da un lato si svolgeranno i padiglioni per donne e dall'altro quelli per uomini; vi saranno sezioni di sorveglianza per agitati e pericolosi, e, nella parte più lontana, le infermerie per malattie infettive.

La zona anteriore del villaggio sarebbe così, il vero Manicomio ospedale.

Posteriormente poi sorgerà il grande padiglione dei lavoratori, il quale comprenderà le officine per le arti e mestieri, ed il rustico alloggio per gli agricoltori, che avranno tutto intorno terreni da coltivare, siti adatti per l' allevamento di animali domestici, e quanto è necessario per completare la colonia agricola - industriale dell' Asilo.

Nell' ultima zona sarà ubicata la lavanderia a vapore, divisa in modo da poter adibire alla lavatura a mano delle lingerie anche le nostre malate; nel sito mediano si eleverà un castello di carica per la distribuzione dell' acqua, e verso la via Cangio un fabbricato, che comprenderà la sala anatomica e la stazione di disinfezione.

Chi visita questi moderni Istituti ha la illusione di trovarsi non più fra lo strazio di anime in pena, sconvolte e doloranti dentro le fosche mura di un carcere pauroso; ma in un luminoso atelier, ove ferve invece la vita ed il lavoro spensierato ed allegro, che col ripristinare la fiducia in sè stessi ed incanalare per le vie dritte il deviato corso delle idee e degli affetti, ridona ai poveri folli quella vivida luce del pensiero, che la malattia aveva inesorabilmente ottenebrata.

Questo ideale sarà presto raggiunto dal nostro Istituto, forte della sua salda organizzazione tecnica e scientifica, e sorretto dal culto di coloro, che gli diedero vita ed ora vegliano su di esso quali numi tutelari.

Signori, se non fosse vero, che " tutto trapassa e nulla può morir, „ oggi dovrebbe alitare in mezzo a noi, accanto a quello del Fondatore, il grande spirito di Giovanni Nicotera, il quale, sacrificando all'affetto fraterno le più grandi cure della politica e dello Stato, ha dato a quest' opera la spinta poderosa della sua mente assimilatrice e della sua

adamantina volontà, che lo aveva meritamente elevato sull'altare dell'eroismo e del martirio.

Dovrebbe in mezzo a noi palpitare invisibile l'anima dolce e generosa di MARIA NICOTERA, che a questa Istituzione ha legato una intensa eredità di affetti e di egregi esempi.

Vada a loro, ed ai miei illustri predecessori, SILVIO VENTURI e GIOVANNANGELO LIMONCELLI, l'omaggio grato e reverente del nostro ricordo.

Ed ora, o Signori, concedete a me, — che ho dato al Manicomio Interprovinciale, fin dal suo primo vagito, tutto l'entusiasmo e l'energia della mia balda giovinezza, e che dedico da anni al governo di esso tutta la modesta, ma diritta e coscienziosa attività della mia esperienza e della mia mente — concedetemi, che col cuore traboccante di emozione, formuli il voto augurioso, che in un avvenire non lontano, questo Istituto, rinnovellato, raggiunga l'alto miraggio cui è destinato dalla sua nobile e benefica missione scientifica ed umana; e che, ovunque presso noi, l'assistenza degli alienati, sacrosanto obbligo di pietà e di difesa sociale, salga ad un grado livellatore dei dritti e dei doveri di tutti gl'italiani, sotto le grandi ali della Patria comune.

Nocera Inferiore 10 Marzo 1914

DOMENICO VENTRA

Onorevoli Signori,

Gradita qui oggi riesce la vostra presenza. Quasi presso al vasto edificio dove si vive una vita che è morte, una festa si svolge, ed è festa di carità, di scienza, e di arte. Voi qui per un momento restando rendete più solenne il fatto che si svolge.

Una donna, che palpitò per i destini d' Italia, la Sig.ra MARIA NICOTERA, e che pur ebbe palpiti sublimi per la sorte degli infelici affidati alle sue cure, concepì da sola la grande idea, di rendere più adatto alle moderne esigenze, il vasto asilo, creato dal suo compianto consorte Prof. FEDERICO RICCO, per gli infermi di mente.

Fu a me affidato dalla stessa illustre donna l' onorevole incarico, di svolgere ed esprimere graficamente la grande idea, che certo non poteva che informarsi ai bisogni del tempo o poco più.

Ma tali bisogni col trascorrere del tempo, crebbero a dismisura, e la pristina concezione ospedaliera, per volere e tenacia dei valorosi rappresentanti delle Provincie Consorziate, e per consenso disinteressato dei Concessionari dell'oggi, degni eredi di gente sacrata alla Patria ed agli umani affetti, ebbe in altri e più vasti confini, meglio a svolgersi.

Non più fu ritenuto, difatti, sufficiente lo sgombero di fabbriche, e miglioramento dei vecchi reparti, non più la costruzione di una nuova Sez.ne di sorveglianza per uomini, fu ritenuta bastevole ai bisogni dello asilo; si vollero novelli edifizi, ed in poche parole, fu desiderio di tutti ed unanime e concorde concezione, che il vecchio Convento o Caserma

venisse trasformato in Asilo rispondente alle esigenze della moderna igiene e tecnica psichiatrica.

Fu ben difficile cosa, stabilire lo accordo fra le giuste esigenze degli interessati, e più di tutto coi doveri verso i ricoverati; e ciò agli effetti della pristina ubicazione data allo asilo, ed a quei confini che non potevano superarsi senza la rimozione di pubblici servizi, cosa ben difficoltosa.

Non mancò per tanto in noi il buon volere, e coadiuvato dal valoroso Prof. Ventra, ben degnamente preposto alla Direzione Medica dello Istituto, il quale magistralmente ebbe sempre a consigliarci, fu graficamente espresso il nuovo piano di ampliamento, piano che meritò ancora maggiore immegliamento, agli effetti dei suggerimenti dati dalla Commissione di Vigilanza e Consiglio Sanitario Provinciale, suggerimenti cui Consorzio e Concessionari, opinarono, senz' altro attendere.

E la Provincia di Salerno memore sempre delle sue tradizioni scientifiche, pur di agevolare la grandiosa opera ed a rendere possibile di pratica attuazione la giusta aspirazione delle Provincie Consorziate, deliberò prima la rettifica della strada Provinciale, e poscia ancora un ulteriore spostamento di questa, permettendo così lo aggregamento allo asilo di una vasta zona di terreno, zona che unita a quella già disposta per lo ampliamento in parola, e sita a sud del fabbricato esistente, rendeva disponibile a prò degli infermi una superficie di poco meno di ettari 10, di fronte a quella attuale di circa ettari 1 ed are 46.

Se tale disponibilità di superficie fosse stata maggiore, certamente sarebbesi pensato alla costruzione di un manicomio tipo villaggio, con padiglioni a notevole distanza l' uno dall' altro, non corrispondente più alle esigenze della tecnica dell' oggi quello a tipo Caserma o Convento.

Ma non potendosi ulteriormente spostare la via Provin-

ciale, più di quanto era stato concesso; non potendosi alla ferrovia Nocera - Codola assegnare altra ubicazione, non potendosi ulteriormente avvicinarsi al fabbricato cittadino a sud o al cimitero di Nocera a nord, senza incontrarsi in maggiori inconvenienti, si concepì il nuovo ampliamento, coll' addottamento di un tipo a padiglioni disseminati, e questi indipendenti e circondati dai giardini in ogni lato, nella convinzione che detto tipo risponderebbe bene, allo scopo prefisso in quanto scansati gli inconvenienti derivanti dai grandi corpi di fabbrica riavvicinati, si sarebbero risentiti quasi tutti i vantaggi dei manicomi a villaggio.

Prescelto tal tipo, progettossi lo isolamento della Sez.ᵉ Ricco, destinata al momento pel ricovero delle inferme agitate, e con tale isolamento, l' attuale reparto donne, piuttosto che costituire ad opera compiuta un sol tutto, reso libero ancora del fabbricato della lavanderia che sarà spostata, sarà composto dei due padiglioni vecchi separati e distinti, ai quali andranno aggiunti altri due padiglioni nuovi, cioè quello di sorveglianza per donne, ed un altro più piccolo per la infermeria.

Si concepì altresì, migliorare il reparto uomini col liberare da fabbriche esistenti la Sez.ᵉ Nicotera, al presente destinata per infermi agitati, e completare detto reparto, di una nuova sezione agitati, destinando la vecchia ai semi - agitati; si pensò sfollare il vecchio fabbricato degli infermi lavoratori e tranquilli, colla costruzione di un padiglione destinato ai lavoratori, agricoltori ed artefici, ed infine pensossi provvedere il detto reparto di una infermeria come quella del reparto donne.

Pel miglioramento del reparto maschile ritennesi pur necessario dal vecchio fabbricato allontanare la cucina ed altri servizi generali, e però si progettò la costruzione di

alcuni edifizi secondari, cioè: uno per la cucina ed accessori, disposto in sito centrale ed adatto al più facile disimpegno del servizio, tanto per reparto maschile che per quello femmineo; un altro padiglione fu pensato costruire all' estremo della zona di ampliamento, per la cella mortuaria, la stufa di disinfezione, la sala anatomica ed i gabinetti scientifici, potendosi così, nei locali attualmente destinati a detti uffizi, trasportare il guardaroba, la sartoria e la calzoleria uomini, che pur aveva bisogno di essere collocato in sito centrale; ed infine un terzo padiglione per la lavanderia, che agli effetti dello isolamento della Sez.e Ricco doveva rimaner spostata.

Fu rimandata la costruzione dei padiglioni di osservazione, non figurando questi negli impegni assunti dai concessionari, però nel progetto fu tenuto conto della possibilità dello impianto di detti padiglioni segnandosi, nella tavola planimetrica dello ampliamento, la ubicazione dei padiglioni in parola e l' ampiezza dei loro impiantiti.

Con la costruzione dei progettati edifizi, potranno nella nuova zona di ampliamento, ed a quelli occupanti il vecchio asilo, essere bene allogati in corrispondenza cioè delle buone norme della tecnica attuale altri 448 individui, cioè, lo asilo, ad ampliamento effettuato potrà senza meritare osservazioni di sorta, e da qualsiasi rigido tecnico, raccogliere 1248 infermi e forse anco più. Difatti nel padiglione di sorveglianza per uomini senza tener calcolo della disponibilità, per le camere personali, potranno essere ricoverati 110 infermi, come in quello di sorveglianza per le donne, e pure senza tener calcolo di dette camere potranno bene allogarsi 86 inferme; in ciascuna delle infermerie, potranno ricoverarsi 24 infermi od inferme, ed infine nel padiglione artefici od agricoltori potranno allogarsi 220 infermi.

E questa popolazione sparsa nei diversi padiglioni, unita

a quella di 800 ammalati tranquilli, che in condizioni assai migliori, agli effetti dei progetatti lavori di adattamento e sgombero resterà sui vecchi fabbricati, si avrà senza dubbio una popolazione d' infermi ben allocata nei soli padiglioni fra Monteoliveto e la via del Gangio del numero di 1248.

Ed il buono ed igienico ricovero è constatato dal fatto che in ciascun padiglione, così come questi che sono stati progettati, non mancano locali annessi od accessori, tali da potersi ritenere piccoli manicomi adatti da soli al funzionamento cui vennero destinati.

Non mancheranno per vero sale da bagno, cessi, locali per deposito, cucine a the e piccoli armadi farmaceutici in ciascun padiglione ; e quel che più monta, agli ambulatori coverti sono unite ampie corti soleggiate, bene adatte alla permanenza degli infermi nelle ore più opportune del giorno.

Nè la tanto lamentata superficie degli ambulatori a disposizione degli infermi da parte delle provincie interessate, avrà più a verificarsi, in quantochè lo spazio a disposizione degli infermi, tanto nei dormitori che negli ambulatori, non sarà mai inferiore a quella che altri ospizi del genere, e di recente costruiti, hanno ritenuto necessario stabilire pel buon ricovero e cura degli infermi.

Può bene affermarsi che nei dormitori dei nuovi padiglioni i ricoverati avranno sempre a loro disposizione superficie superiore ai $m.^2$ 7 ed un ambiente di $m.^3$ 30 ; anzi nelle infermerie e nelle camere d' isolamento la superficie pavimentata e lo ambiente a disposizione risulta anco superiore, in quanto che ciascuno infermo, nelle camere avrà a disposizione una superficie non inferiore ai mq. 12 ed un ambiente di circa $m.^3$ 50; e nelle infermerie una superficie di oltre i mq. 10 ed un ambiente che supera i mc. 60.

Negli ambulatori coverti poi gli infermi avranno a disposizione come appresso:

Nel padiglione di sorveglianza uomini, disporranno di una superficie di oltre mq. 9, e di una cubatura di oltre mc. 50 ciascuno, nel padiglione di sorveglianza donne la superficie e lo ambiente a disposizione di ciascuna inferma è quasi nelle istesse proporzioni; in quello degli artefici ed agricoltori ciascuno infermo avrà a disposizione una superficie di oltre mq. 8 ed una cubatura di oltre mc. 46.

Da tali elementi si rileva chiaramente che le condizioni create agli infermi, agli effetti delle nuove costruzioni, sono in corrispondenza della moderna igiene, ed a raggiungere le buone e reclamate condizioni igieniche non si è omesso segnare i vani esterni, forniti di vasistai, in modo che la loro superficie vetrata fosse in corrispondenza della pavimentata, e che la disposizione di detti vani, permettesse in ogni e qualsiasi momento, il libero movimento dell'aria in tutti gli ambienti.

Ma vi ha dippiù; con la creazione dello edifizio per infermi operai ed agricoltori, si è potuto provvedere allo impianto di officine, nelle quali potranno essere occupati non pochi infermi, come sicuro sollievo dei patemi dello spirito loro.

Anco pei bagni e per i cessi in ciascuno dei nuovi edifici, mentre si è pensato distribuirli e disporli in numero e modo, da corrispondere alla bisogna, si è pur pensato a convogliarne le acque di risulta e gli altri materiali, trovando modo a presto allontanare detti materiali dai siti di raccoglimento, pur adoperando la epurazione biologica.

Infine non è stata trascurata nel progetto, lo studio per una buona illuminazione e sufficiente distribuzione di acqua.

Per conchiudere, ad opera compiuta, il Manicomio Vit-

torio Emmanuele II, sarà se non in tutto, certo per buona parte, in corrispondenza alla buona tecnica, il che importa aver dato buon ricovero a numerosi infermi, cui la ragione è venuta meno, e che non sempre, se non con adatte cure, può loro esser ridata.

Una tale opera è senza dubbio degna della carità moderna, che è conseguita agli effetti della scienza e dell' arte.

Ben quindi io dissi, fin da principio, che la festa di oggi, è la festa della scienza, della carità e dell' arte.

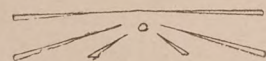
E voi tutti che concorreste alla grande opera, oggi iniziata, siate pur alteri di aver tanto compiuto; vi accompagnerà nella vita la riconoscenza di tanti infelici, che non son morti ma che non vivono; il plauso di un pubblico intero per la grande opera compiuta non verrà a voi meno, e sarà a voi pur lieto il ricordo di avere, bene amministrando, soddisfatto ad una imminente opera di carità.

Lode a voi tutti quindi che a tale opera concorreste, e grazie ancora a voi che qui oggi interveniste, rendendo così più solenne per vostra presenza l' opera iniziata.

ING. FR. FERRAIOLI

La bella festa e stata allietata dal concerto musicale del Manicomio, e chiusa da un abbondante buffet.

Abbiamo creduto opportuno annettere a questo resoconto la tavola planimetrica di quello che sarà il nostro Manicomio ad opera compiuta. La pagina illustrativa del disegno ci dispensa per ora di entrare in altri particolari.

MANICOMIO INTERPROVINCIALE VITTORIO EMAN: II
IN NOCERA INFERIORE
PROGETTO DI AMPLIAMENTO
DELL' ING. FRANCESCO FERRAJOLI
1914
SCALA 1:2000

N°	LEGGENDA
1	PADIGLIONI OSSERVAZIONE
2	VECCHIO ASILO
3	PADIGLIONE SORV. DONNE
4	" " " UOMINI
5	" " ART. E COLONI
6	INFERMERIE UOM. E DONNE
7	DEPOS PER. ATTREZZI AGR.
8	LAVANDERIA
9	SALA AN. CELLA MORT. E GABIN. SCIENTIFICI
10	SERBATOIO D'ACQUA
11	CUCINA
	COSTRUZIONI VECCHIE
	" " NUOVE

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 8,00
	Estero	» 10,00

Un numero separato . . . . » 3,50

L'annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Francesco Lener, (Primario) Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.